Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

01/06/2020

Número: **0000560-45.2019.8.17.3390**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Sertânia**
Última distribuição : **04/11/2019**
Valor da causa: **R$ 798,93**
Assuntos: **Seguro, Assistência Judiciária Gratuita, Honorários Advocatícios, Citação**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA (AUTOR)	**JOSE CARLOS FERREIRA DE MELO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
62785010	01/06/2020 11:03	2723462_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo n.º **00005604520198173390**

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 **SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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

DOS FATOS

A parte Autora alega em sua peça vestibular, que sofreu acidente de trânsito em **25/11/2018,** e em razão das lesões sofridas, realizou gastos com despesas médico-hospitalares, porém, deixa de apontar e/ou fazer provas das referidas despesas.

Cumpre informar que a autora recebeu o valor de R$948,37, referente às despesas médico-hospitalares com o acidente aduzido.

Por tais razões, a Ré passará a demonstrar que a pretensão da autora está fadada a mais absoluta improcedência.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE

ENTRE O SINISTRO NOTICIADO E AS SUPOSTAS DESPESAS COM MEDICAMENTOS

Imperioso ressaltar que restou-se fragilizada comprovação do nexo de causalidade entre as despesas médicas supostamente realizadas e o sinistro noticiado, visto que as respectivas notas fiscais de medicamentos estão desacompanhadas de receituário médico, não havendo como afirmar que os procedimentos supostamente realizados têm indicação médica para o tipo de lesão acometida pela vítima.

Desta forma, não há razoabilidade no pagamento de despesas de procedimentos não prescritos ou que ultrapassaram o foi determinado pelo médico, além de compra de medicamentos que excedem o que foi prescrito como adequado ao tratamento pelo profissional [1].

Com efeito, a alínea "*b*", art. 5º, da lei n.º 6.194/74, nesta parte não alterada pela lei n.º 8.441/92, exige a **prova** das despesas efetuadas para que haja indenização no caso de danos pessoais, conforme a seguir:

> ***"b) Prova** das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente – no caso de danos pessoais"*

É notório que os documentos acostados aos autos não demonstram os gastos alegados pelo mesmo e acolhidos como verdadeiros pelo Nobre Magistrado.

Assim, analisando detidamente os documentos carreados aos autos, não se pode afirmar a existência do nexo causal entre o sinistro noticiado e as supostas despesas com medicamentos [2], face à ausência de prescrição médica específica e qualquer elemento razoável que permita o pagamento da indenização ora pleiteada.

Por inexistir comprovação do nexo de causalidade, requer que os pedidos sejam julgados improcedentes consubstanciados no artigo 487, I do CPC.

DO TETO INDENIZATÓRIO – DESPESAS MÉDICAS E SUPLEMENTARES – DAMS

Cumpre esclarecer que a Lei nº 6.194/74, regulamentadora do seguro obrigatório DPVAT, condiciona o pagamento da indenização securitária a comprovação das despesas médicas suplementares pelas vítimas de acidentes.

Como se observa da citada alínea "c" do art. 3º da Lei n. 6.194/74, a Lei prevê apenas o teto máximo para pagamento da indenização, mas não fixa valores a serem ressarcidos.

Regulamentando a matéria, fora editada a Medida Provisória 340/06 com posterior conversão na Lei 11.482/07, a qual estabeleceu o valor do teto indenizatório para DAMS **até** R$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Desta forma, interpretando segundo regra comezinha de hermenêutica onde aduz que *"A lei não contém frase ou palavra inútil, supérflua ou sem efeito"* conclui-se que a expressão "até" delimita o valor da indenização neste teto, não havendo possibilidade de estendê-lo.

DA UTILIZAÇÃO DA TABELA REFERENCIAL

Outro aspecto não menos importante, o artigo 7, § 2º, da referida Lei determina que o CNSP "estabelecerá normas para atender ao pagamento das indenizações previstas neste artigo, bem como a forma de sua distribuição pelas seguradoras participantes do Consórcio".

Em sentido mais amplo, o artigo 12 da mesma Lei prevê que "o Conselho Nacional de Seguros Privados expedirá normas disciplinadoras e tarifas que atendam ao disposto nesta lei".

Resta clara, portanto, a intenção do legislador em dar competência ao CNSP para regulamentar as formas de pagamentos das indenizações cobertas pelo seguro obrigatório constituído. De outro lado, não há conflito entre a Resolução questionada e a Lei n. 6.194/74, que apenas efetua o tabelamento dos preços dos serviços prestados como referência para as indenizações.

Assim, a utilização da tabela referencial de procedimentos e custos médico-hospitalares, divulgada pelo Convênio DPVAT, não foi estipulada pelas Seguradoras como um "limite de cobertura" inferior ao estabelecido

através de Resoluções expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, conforme comumente é propalado.

A aludida tabela representa tão somente uma parametrização das despesas a que estão sujeitas as vítimas de acidentes, efetuada com vistas à uniformização dos custos médico-hospitalares e ao atendimento dos critérios de razoabilidade e proporcionalidade que devem nortear a aferição e cálculo do valor da indenização.

Ressalte-se que no âmbito de seguro de saúde privado, a utilização das tabelas de preços para os serviços é comum a averbação de valores que excedam os do mercado, evitando-se o superfaturamento dos serviços.

Seguindo tais lineamentos, não se vislumbra motivação para deixar de observar as normas disciplinadoras expedidas pelo citado Órgão para o pagamento buscado na presente ação de cobrança.

Sendo assim, considerando a ausência de documentos nos autos que justifiquem o pagamento da complementação do reembolso efetuado administrativamente, requer a improcedência do pedido, fundamentado no artigo 487, I do NCPC.

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 citação [3].

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 ação [4]

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, requer a Ré a improcedência da ação, **tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda**, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.

Por fim, merecem os juros moratórios serem calculados a partir da citação válida, a correção monetária a partir do ajuizamento da demanda.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora 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 as despesas realizadas em razão do acidente;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela;

Para fins do expresso 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 **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO,** inscrito sob o **nº**25393-D/PE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERTANIA, 29 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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 OAB/PE sob o nº 30225, com escritório na RUA 48, 138 - ESPINHEIRO - RECIFE - PE - CEP: 52020-060, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA**, em curso perante **a 1ª VARA CÍVEL** da comarca de **SERTANIA**, nos autos do Processo nº 00005604520198173390.

Rio de Janeiro, 25 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

01/06/2020

Número: **0000560-45.2019.8.17.3390**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Sertânia**
Última distribuição : **04/11/2019**
Valor da causa: **R$ 798,93**
Assuntos: **Seguro, Assistência Judiciária Gratuita, Honorários Advocatícios, Citação**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA (AUTOR)	**JOSE CARLOS FERREIRA DE MELO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
62785011	01/06/2020 11:03	ANEXO 1	Outros (Documento)

SERGIPE

PREFEITURA MUNICIPAL
Secretaria Municipal
HOSPITAL MARIA ALICE G. LAFAYETTE

LAUDO PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

U.S. HOSPITAL MARIA ALICE G. LAFAYETTE — Reg. VIDROS

PACIENTE [illegible]

QUADRO CLÍNICO

[illegible]

DIAGNÓSTICO

[illegible] 3364405

DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA
HRSJ	[illegible]		

MOTIVO (Destino Detalhado)

[illegible]

Assinatura do Responsável		Nº CRM	DATA
	Dr. [illegible] CRM-SE [illegible]	[illegible]	[illegible]

DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA

MOTIVO (Destino Detalhado)

Assinatura do Responsável	Nº CRM	DATA

DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA

Assinatura do Responsável	Nº CRM	DATA

UNIDADE PRESTADORA DO SERVIÇO	MUNICÍPIO

ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

Assinatura do Responsável	Nº CRM	DATA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

Ficha de Identificação para Consultas

Nome: [illegible]

Nome: [illegible]

Reg.: 32711

Calendário de Consultas

DATA APRESENTAÇÃO	DATA VOLTA	HORA	VISTO	DATA APRESENTAÇÃO	DATA VOLTA	HORA	MÉDICO
19.12.18			Dr. [illegible]				
25/05/19			[illegible]				
21.05.19			Dr. [illegible]				

Pernambuco

RECEITUÁRIO

Nome: [illegible]

Paracetamol [illegible] — [illegible]
Tomar [illegible]

Paracetamol [illegible] — [illegible]
Tomar [illegible]

26/11/18

[illegible]

Maria Gonçalo de Araujo
FISIOTERAPEUTA
CREFITO

Atestado para devidos fins que Sebastião Barbosa da Silva realizou 15 sessões de fisioterapia.

Maria Gonçalo de Araujo
Fisioterapeuta
CREFITO. 194304-F
25 / 02 / 13

Fones: (67) 3841.1535 / 9135.3247 / 3523.7420
E-mail: mariza_araujo18@hotmail.com

SERTÂNIA

Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que _____ necessita de ___ dias de afastamento de suas atividades a partir de ___/___/___.

Sertânia, ___/___/___

_____
MÉDICO

SERTANIA

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos fins, que Sebastião Barbosa da Silva, esteve sem acompanhamento fisioterápico para reabilitação funcional pós-fratura de clavícula D.

O mesmo refere dor direita, não suportando carga de peso para o movimento flexão anterior H.S.D. Amplitude de articular de ombro normal.

Permanece com uso de crioterapia domiciliar 3x/dia. (CID)

DATA: 25/03/19.

Luciano Adelino de Lima
Fisioterapeuta CREFITO 36.56.00

HOSPAM

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - HOSPAM / SES / PE

Nome: [illegible]

HD: [illegible]

Exame físico:

[illegible]

20 sessões

Data: 23/03/19

Médico CRM

SERTÂNIA

Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que Adelaide Barbosa da Silva necessita de 14 dias de afastamento de suas atividades a partir de 02/12/18.

Sertânia, 02/12/18.

Dr. Gabriela Coelho
Médica
CRM-PE 26.094

MÉDICO

Rua Imperatriz Leopoldina, [illegible]
Centro – [illegible]
Santa Cruz da Vitória – Bahia
CNPJ [illegible]

ATESTADO

Nome [illegible]

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a)

( ) Aguardando exame clínico, hoje saído às [illegible]

( ) Comparecer para Atendimento Médico, sendo horário às ___ hs.

(X) Necessita de 90 (dias) [illegible] dia

após a data de [illegible] atestado, [illegible]

( ) Esteve internado neste Hospital no período de ___/___/___ a ___/___/___, o atestado de mais ___ dia (s) (___) para sua reabilitação.

( ) Acompanhou o Paciente ___ no período de ___/___/___ a ___/___/___ neste Hospital.

CID-10 [illegible] OP. [illegible] 06/12/18

Santa Cruz da V., 07 de 12/2018

[illegible]
Coordenadora [illegible]
[illegible]

7381

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE — CNES: 2 5 5 1 3 3 9

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE — CNES: 2 5 5 1 3 3 9

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: Sebastião Bonfim da Silva

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 1 6 5 6 1 8 6 4 2 1 5 9 0 0 1 3 1 — DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1949 — SEXO: M — RAÇA/COR: 01 — NACIONALIDADE:

NOME DA MÃE: Maria do Carmo Silva

TELEFONE DE CONTATO: DDD / TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL:

DDD / TELEFONE DO RESPONSÁVEL

NOME DO RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO: Sebastião Carneiro

NOME DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Santa Isabel — CÓDIGO IBGE DO MUNICÍPIO: — UF: SP — CEP: 07500-000

INDICAÇÃO CLÍNICA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICOS E SEQUELAS PRINCIPAIS: Fratura Pertrocanteriana Direita, Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Insuficiência Cardíaca Congestiva

DESCRIÇÃO DOS JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO: Necessitou de cirurgia

DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS E RESULTADOS OBTIDOS: Raio-X Pertrocanteriano D

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura Pertrocanteriana D — CID 10 PRINCIPAL: — DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: — CID 10 SECUNDÁRIO:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteossíntese — CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: 04.08.01.015-0

TOMADOR DE DECISÃO: — DOCUMENTO: — CPF: — DOCUMENTO IDENTIFICADOR DO TOMADOR DE DECISÃO:

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: — DATA DA SOLICITAÇÃO: / / — ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

PRIORIDADE E INDÍCIO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

PRIORIDADE: — CID 10 DA SEQUELA:

1 ACIDENTE DE TRÂNSITO — SERIE:

2 ACIDENTE NA ÁREA DE TRABALHO OU

3 ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO — CNPJ EMPRESA: — CNAE EMPRESA:

SINAL DE ALERTA PARA VIOLÊNCIA: 1 ENFORCAMENTO — 2 ENVENENAMENTO — 3 VIOLÊNCIA SEXUAL — 4 ABSEVERAÇÃO — 5 ESPANCAMENTO — 6 NÃO HÁ INDÍCIO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: — CÓDIGO ÓRGÃO EMISSOR: — IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR: 2551339

DOCUMENTO: — CNS: — CPF: — DOCUMENTO IDENTIFICADOR DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: — CNS: — CPF:

DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: CRM: 15.572 — Médico Ortopedista

02

OSLÃO ORTOPEDIA

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

Nome do Estabelecimento Solicitante: HOSPITAL REGIONAL RUTH BARROS CORREIA - ARACATI/CE

Data/Hora da Saída: 04/12/18 3:06

Médico Solicitante: [illegible]

Nº Ficha: 519033

Identificação do Paciente

Nome do Paciente: MARIA DO RAMOS SILVA

Nome da Mãe: [illegible]

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Data de Nascimento: 19/01/1989

Sexo: FEMININO

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

Nome do Pai:

Endereço Residencial: AVENIDA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

Bairro: [illegible]

Município de Residência: [illegible]

Telefone: [illegible]

Dados sobre o Transporte

Modal de Transporte: AMBULÂNCIA

Data/Hora Saída: 05/12/18 [illegible]

Observação:

Acompanhamento:

Regulador

Nome do Regulador: MARIA DO CARMO DE ANDRADE CAMPOS

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Especialidade: ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Executante

Nome do Executante: CASA DE SAUDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

Data/Hora Autorização: 04/12/18 13:35

Observação:

Hospital São Vicente

Data Atend: 05/12/2019 - Atendimento: 0035647 - Quarto/Leito: 207/A

Paciente: 00047210 - SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Data Nasc: 16/01/1989 | Idade: 29 Anos | Sexo: Masculino | Estado Civil: Solteiro

Profissão: AJUDANTE | Naturalidade: IGUARACI | Nacionalidade: BRASILEIRO

Nome Pai: JOSE QUIRINO BARBOSA | Nome Mãe: MARIA DA CONCEICAO SILVA

Endereço: RUA IVACILDA CONCEICAO, 06 - CENTRO - SERRA TALHADA - PE

Telefones: ( ) / (87) 9130 2204 / (87) 9140 0513

Elementos da Ocorrência:

Acidente de Trânsito ( ) Acidente de Trabalho ( ) Outros Acidentes ( ) Agressão ( )
Suicídio ( ) Casual ( ) Outros ( ) ALERGICO

Nome Acompanhante: Telefone de Contato: ( )

Endereço Acompanhante:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FISICO: [illegible]

Diagnostico Inicial: [illegible]

SAOT

Diagnostico Final

Condição de Alta | Motivo de Alta

Melhorado ( ) | Descicao Medica ( ) | Data de Internamento: [illegible]
Inalterado ( ) | Alta a Pedido ( )
Piorado ( ) | Transferencia ( ) | Data de Alta: [illegible]
Obito < 48h ( ) | Evasão ( )
Obito > 48h ( ) | Indisciplina ( ) | Hora

Obito em __ / __ / __

Hora: __

Responsável

Hospital São Vicente

Data Atend: 06/12/2018 | Atendimento: 0005647 | Convênio: 20014

Paciente: 00047210 - SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA | Acomodação:

Cirurgia Realizada: ESTRABISMO CAPSULA (D)

N. do Procedimento: 4080050/SPO

Data | Início | Término

Cirurgião: PEDRO A.

1º Auxiliar: ANTONIO R.

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRURGICA:

1) PUNÇÃO CAPSULA DE PRATA
2) RESERVA LANDOLTOPIA
3) ABERTURA CONJUNTIVA ESTRABETO
4) ANGULAR SUPERIOR MUSCULAR (D)
5) RESECÇÃO CAPSULA
6) FIXAÇÃO C/ FIO K
7) SUTURA + CURATIVO

Assinatura do Cirurgião

SERTÂNIA

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

UIA DE TRANSFERÊNCIA

Hospital São Vicente

Atendimento: 0000647

Paciente: 0004721 SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

SERTANIA

RECEITUÁRIO

MARIZA GALINDO DE ARAÚJO

Fisioterapeuta – CREFITO-1/PE nº [illegible]

CPF nº [illegible]

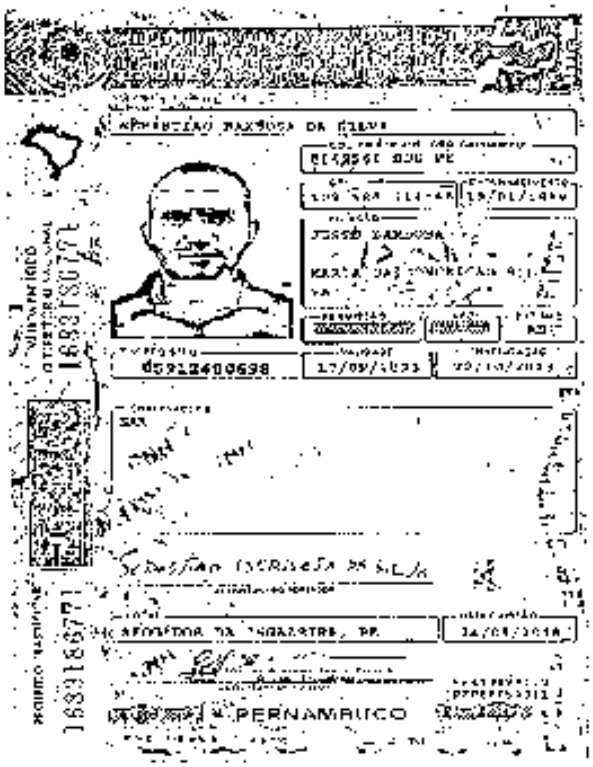
[illegible] do Sr. SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA, CPF nº [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] 12 de [illegible] de [illegible].

Surubim-PE, 17 de [illegible] de [illegible].

Mariza Galindo de Araújo
Fisioterapeuta
CREFITO [illegible]

MARIZA GALINDO DE ARAÚJO

Fisioterapeuta



Documento de identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 01480250 6310

VIN	CÓD. RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
1	9640782	[illegible]	2019

NOME
SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

ARCOVERDE-PE

CPF/CNPJ	PLACA
109.585.[illegible]	[illegible]

CHASSI	RENAVAM
[illegible]	00066845

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS. MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES	2008	2008

CÓD. MOD.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
29/149CL	PARTIC	PRETA

CAPACIDADE	VENC. CONTROLE	VENC. COTA
PBV: 2019 OTIMATO	1º ********	
A:	2º ********	
	3º ********	

VALOR DO LICENCIAMENTO (R$)	IPVA (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE EXPEDIÇÃO
60.12	0128.84.56		19/03/19

OBSERVAÇÕES
SEM PENDENCIA

ARCOVERDE | DATA 21/03/19

PE Nº 01480250 6310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradorlider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
ARCOVERDE - PE	2019	21/03/19

VIN	CPF/CNPJ	PLACA
1	109.585.[illegible]-36	[illegible]

RENAVAM	MARCA/MODELO
9640782	HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB.	DÍGITO	CHASSI
2008	69	[illegible]00066845

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R$)	DPVAT (R$)	VALOR TOTAL (R$)
20.05	14.01	40.06

QUOTA DO SEGURO (R$)	IOF (R$)	VALOR PARCELA (R$)
4.16	0.60	44.58

PAGAMENTO: [X] ESTA QUOTA [ ] PARCELADO — DATA DE EXPEDIÇÃO 19/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE DEVE SER FORNECIDO QUANDO SOLICITADO.

DLI

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 01480253631 0
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

GERALDO BARBOSA DA SILVA

ARCOVERDE-PE

GASOLINA

PRATA

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

PE Nº 01480253631 0 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GERALDO BARBOSA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

ARCOVERDE-PE

2006 02

PRÊMIO TARIFADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

45-012246/19

Vítima: SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 25/11/2018

CPF: 109 585 114 46

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Autor

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA : 109.585.114-46
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.

- O reembolso de despesas médico hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 09/04/2019	Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA	Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 109 585 114 46	CPF: 131.416.127-16
SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA	Karen Rosa de Oliveira Azevedo

RECEBIDO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-012456/19

Vítima: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 25/11/2018

CPF: 109.585.114-46

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA : 109.585.114-46

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 09/04/2019
Nome: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA
CPF: 109.585.114-46

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122456/19

Número do Sinistro: 3190265974

Vítima: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 25/11/2015

CPF: 109.585.114-46

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
DUT
Outros

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA : 109.585.114-46

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019
Nome: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA
CPF: 109.585.114-46

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019
Nome: Sylvio Soares Filho
CPF: 744.271.557-20

Sylvio Soares Filho

LÍDER

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 do seguro de lunes a sexta-feira das 8h às 20h nos telefones 4020 1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 34 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com a SAC 24 horas por dia nos telefones 0800 022 91 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 36. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190268974
Vítima. **SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA**
Data do Acidente: 25/11/2018
Cobertura: **DAMS**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessario apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovantes de despesas medicas não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento. necessário apresentar.

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 ate 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

00002002 Cx. 019801984 v.d.r. 01 0005

Carta nº 34210845

LÍDER

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 1996 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 34 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato conosco no SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 91 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu Pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190268974 **Vitima: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 25/11/2018 **Cobertura: DAMS**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

LÍDER

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 1996 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 34 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com a SAC, 24 horas por dia, nos telefones 0800 022 91 99. 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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190268974

Vitima. SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: **PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Senhor(a), SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

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

Recebedor: SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA
Valor: R$ 948,37
Banco: 237
Agência: 000002226-8
Conta: 000000500040-8
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguros LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DI

Autenticação de pagamento

Escolha a(s) opção(ões) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro: AVI: | Data do sinistro: | Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Sebastião Barbosa da Silva | CPF: 109.585.114-46

Profissão: Ajudante | Endereço: Avenida Imaculada Conceição | Número: 96 | Complemento:

Bairro: Centro | Cidade: Sertânia | Estado: PE | CEP: 56.600.000

E-mail: | Telefone: (87) 99130-2204

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$ 001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$ 3.001,00 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 contas abertas antes da Circular Susep 445/2012)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2226 (8) CONTA: 0500040 (8)

(informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

☐ CONTA CORRENTE (somente conta)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )

(informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me julgo em direito, mediante prova de dados, ficando a partir da data do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 oficial do Médico Legal (IML) para o pedido 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 de minha residência, ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza exames 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 acima exposto, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a novos exames médicos, caso de regulador por ocasião da execução e quantificação das lesões por parte da Seguradora Líder, de acordo com a Circular Susep nº 445/2012, ficando declarado que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica a ser efetuada, podendo ser contestada, se necessário, por meio de ação judicial.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima de sua companheira/o? ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se vítima teve filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou cônjuge (ex-cônjuge)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder não está obrigada a efetuar a indenização do Seguro DPVAT por morte, caso eu não apresentar e provarem esta condição, sob pena, ainda, de que o ônus do dano ocasionado de se pode agir a indenização do mesmo, por omissão da alegada responsabilidade, ficar a cargo do art. 186 do Código Penal.

Impressão digital do dedo do beneficiário (Obrigatório)

Local e Data: Sertânia 28/03/2019

Nome: SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

CPF: 109.585.114-46

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sebastião Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (ou seu representante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: CPF: Assinatura

2º Nome: CPF: Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não sabendo assinar deverá colocar uma pessoa alfabetizada, maior de idade, capaz, com plena ciência e estar de posse de documento de identidade, no mínimo na de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé do ato e demais informações da ocorrência, após ser pessoalmente esclarecida.

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

FPS.001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorailider.com.br ou entre em contato através do canal abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prazos): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Dias úteis das 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8188
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Se necessário, reapresentar junto com todos os dados sem rasura e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e do beneficiário devem ser informados com letra e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, para os casos de filiação, e anexar certidão de nascimento, quando necessário.
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos devem ser representados pelos pais ou tutor ou curador à declaração. Será preenchida com os dados do beneficiário/vítima e assinada, também pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos devem ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração será preenchida com os dados do beneficiário/vítima e assinada pelo beneficiário/vítima e, também, pelo assistente legal, devidamente qualificado, de acordo com os respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

LíDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

[illegible] ☑ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]
3100261174	[illegible]-45	SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

[illegible]

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA [illegible]

AJUDANTE AV. IMACULADA CONCEIÇÃO [illegible]

CENTRO SERTANIA 56600-000

[illegible] (87)[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] COSTA

☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible]

☒ [illegible] ☐ [illegible]

☒ [illegible]

AGÊNCIA 2290 CONTA 5530343 AGÊNCIA [illegible] CONTA [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

MARIA APARECIDA DE M[illegible] COSTA

190 503 574-60

SERTANIA, 09 DE SETEMBRO DE 2019

Boletim de Ocorrência

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 158ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERTÂNIA - DP158ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0243000038

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/01/2019 às 17:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 25/11/2019 no período da Noite

Para ocorrência no endereço: MUNICIPIO DE SERTANIA, 1, RODOVIA PE 280 (TREVO PARA ALEXUQERQUE NÊ) - Bairro: CENTRO - SERTANIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local de Fato: RODOVIA ESTADUAL

RECEBIDO
13 ABR 2019
Seguradora Líder: DPVAT

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na ocorrência da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a): SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

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

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA Pai: JUSTO BARBOSA Data de Nascimento: 19/11/1989 Naturalidade: IGUARACY / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9895568805/PE (RG), 05012480098 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES Telefones Celulares: -37591202204

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SERTANIA, SS, AV. IMACULADA CONCEIÇÃO, CENTRO - CEP: 55000-000 Bairro: CENTRO - SERTÂNIA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA, que estava em posse de(a) Sr(a): SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ES Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJV3783 (PERNAMBUCO/ARCOVERDE) Renavam: 964073236
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2009 Combustível: GASOLINA

11/01/2019 17:08

Complemento/Observação

A VÍTIMA NOTICIA QUE NO DIA INDICADO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA, SOZINHO, TRAFEGANDO NA RODOVIA 280, VINDO DE ALBUQUERQUE-PE PARA ESTA CIDADE, NAS PROXIMIDADES DO TREVO, AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL NA PISTA, A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR. A VÍTIMA FICOU DESACORDADA E FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI ATENDIDA. EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA A CIDADE DE ARCOVERDE-PE. A VÍTIMA SOFREU LESÕES NO OMBRO, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA EM SERRA TALHADA-PE. É O QUE SE APRESENTA PARA O MOMENTO.

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

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA

SEBASTIÃO BARBOSA DA SILVA
(VÍTIMA)

E.O. registrado por: RAIMUNDO MARIANO SOUZA JUNIOR MAT - 2085267 - Matrícula: 2085267

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome

Sexo

Data de Nascimento

Endereço

Bairro

Nacionalidade

Naturalidade

Profissão

Acompanhante

MEIO DE TRANSPORTE

Antecedentes Pessoais

Queixa Principal

Hipótese Diagnóstica

Conduta

DESCRIÇÃO

Assinatura e Identificação do Médico

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO

Acidente de Trabalho

Acidente de Trânsito

Outros Tipos de Acidentes

Agressão

Autoagressão / Suicídio

Local da Ocorrência

PROTOCOLO - ANAMNESE / PROPEDÊUTICA E COMPLEMENTAR (SAE)

Descrição | Investigação Sim | Não | Responsável

CONDUTA MÉDICA

Prescrição | Prescrição Médica | Horário de Medicação

EVOLUÇÃO MÉDICA

Data/Hora

CONDIÇÕES DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Melhorado | Obito | Evasão | Transferência | Desospitalizado | Operado

Data/Hora | Destino

Assinatura e Carimbo do Médico

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2573-6 CONTA: 000010429233-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 948,57

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REBASSINO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02224-9

CONTA: 000013500143-8

Nr. Autenticação
BRADESCO0221022019102300100010237022241000135001439483? PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sebastião Barbosa da Silva,

RG nº 8.862.568 data de expedição 13 / 10 / 2008 órgão _____,

CPF nº 109.585.114-46 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Avenida Imaculada Conceição
Número	96
Apto / Complemento	
Bairro	Centro
Cidade	Santarém
Estado	Pernambuco
CEP	56.600-000
Telefone de Contato	(81) 99130-2204 ou (81) 99140-0813
E-mail	sebastiao09090@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: _____

celpe

bradesco

bradesco

bradesco