



Número: **0019887-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| ACSA OLIMPIO SILVA (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | |

| Documentos | | | |
|--------------|--------------------|--|----------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 63889 226 | 25/06/2020 14:11 | 2727974_CONTESTACAO_01 | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

PROCESSO: 00198873520208172001

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ACSA OLIMPIO 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:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 10/08/2018.

Cumpre 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113903300000062709708>
Número do documento: 20062514113903300000062709708

Num. 63889226 - Pág. 1

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslindem da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113903300000062709708>
Número do documento: 20062514113903300000062709708

Num. 63889226 - Pág. 3

"RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014)."

"AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;" 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização , imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado)."

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

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 citação⁴.

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 ação⁵

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.

⁴"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁵art. 1º. (...)

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



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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Para fins do 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 **DRA. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 17 de junho 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113903300000062709708>
Número do documento: 20062514113903300000062709708

Num. 63889226 - Pág. 5

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 GRAADAÇÃO

| 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 | | | | | |
| 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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00 |
| 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 | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos | 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 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 | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo | R\$ 3.375,00 | R\$ 2.531,25 | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75 | R\$ 337,50 |
| 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 | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | R\$ 1.350,00 | R\$ 1.012,50 | R\$ 675,00 | R\$ 337,50 | R\$ 135,00 |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço | | | | | |

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113903300000062709708>
 Número do documento: 20062514113903300000062709708

Num. 63889226 - Pág. 7

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; **JOSELAINÉ 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 nº 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 **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ACSA OLIMPIO DA SILVA**, em curso perante a **11ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00198873520208172001.

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113903300000062709708>
Número do documento: 20062514113903300000062709708

Num. 63889226 - Pág. 8



25/06/2020

Número: **0019887-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| ACSA OLIMPIO SILVA (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | |

| Documentos | | | |
|--------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 63889 227 | 25/06/2020 14:11 | <u>ANEXO 1</u> | Outros (Documento) |

LAUDO FISIOTERAPÉUTICO

Toritama, 30/08/2019

Declaro que a Sra. Acsa Olimpio Silva foi admitida para atendimento fisioterapêutico no dia 08/04/2019, com diagnóstico médico de ruptura do tendão calcâneo direito, sendo submetida a fisioterapia motora. Apresentou queixas de dor no local em repouso e ao movimento, restrição de movimento em tornozelo D, edema na região de calcâneo D, pontos de tensão na região de tríceps sural. Teste de força grau 2 para dorsiflexores e flexores plantares, grau 3 para quadríceps direito. Dor a palpação na região da lesão, se estendendo até a região de tríceps sural. Deambula com auxílio de muleta.

Apresenta como diagnóstico funcional: limitação de movimento de pé D, dificuldade para deambular sem auxílio e se manter em sedestação por longos períodos.

Evoluiu com sequelas instaladas: limitação de ADM de tornozelo D para movimentos de flexão, extensão, inversão e eversão; grau 3 de força para FP e DF, grau 4 para quadríceps direito. Apresentando comprometimento de aproximadamente 50% dos movimentos do tornozelo D, recebendo alta fisioterapêutica definitiva.

Rafaela Andrade
Fisioterapeuta
CREFF/PE/249347-F
FISIOTERAPEUTA



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente ACSA Olívio Silva

Data de nascimento 16/03/1969 RG 4256927-89 CPF 801.420.014/49

O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 18/07/2018

Nº do B.O. 18E0219001239

Resumo clínico Paciente vítima de acidente de automóvel
foi levado ao hospital onde

Diagnóstico luxação do tendão do bíceps direito

Tratamento luxação direita

Sequelas 1) luxação do tendão bíceps PE direito
2) dor permanente no tendão

Data da alta ambulatorial definitiva 09/11/2019

Abreu e Lima, 09 de Novembro de 2019

DR PEDRO MARQUES
ORTOPEDISTA
CRM 8594

Médico (CRM)

| | |
|------------------------------|---------|
| COMITE IDH E PREVIDENCIA SIA | COMPREV |
| 26 NOV 2019 | |
| PROTOCOLO | |
| AGÊNCIA RECIFE | |

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278



CÓDIGO DE CONTROLE

E9D4.B0DA.4B74.2974



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:33:49 do dia 26/09/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 06

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Receita Federal

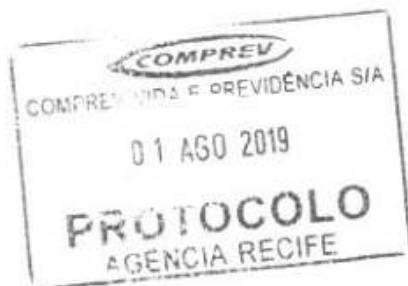
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
801.420.014-49

Nome
ACSA OLÍMPIO SILVA

Nascimento
16/03/1969



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Num. 63889227 - Pág. 3

A Lider

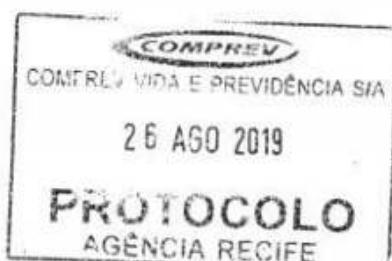
Acesa olimpio silva

803.420.054-49

Documentação médica

Venho por meio desta carta informar que sofrí um acidente de trânsito no dia 18/07/2018 onde consta essa data na ficha do hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima onde passei por todos os procedimentos necessários. Meses depois não me sentindo bem fiz um exame na clínica Manoel Florêncio onde foi detectada uma ruptura na inserção do tendão de Aquiles esse é o meu diagnóstico fiz todos os tratamentos necessários mais infilmente até hoje não tenho mais dorde no meu joelho.

Toda documentação necessária já foi encaminhada para análise da seguradora lider, caso reste alguma dúvida em relação a minha sequela, coloco-me à disposição desta seguradora para submeter-me a uma perícia médica. Fico no aguardo.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

Descrição do exame Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos
físico: do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações.alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

Descrição do exame Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos
físico: do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações.alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 Cidade: Toritama Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA Data do acidente: 18/07/2018 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.(P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 Cidade: Toritama Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA Data do acidente: 18/07/2018 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.(P1/3/6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: FOLHA CIRÚRGICA / RELATÓRIO DE ALTA DEFINITIVA.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVÍABILIZOU ESTABELECR A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 Cidade: Toritama Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA Data do acidente: 18/07/2018 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.(P1/3/6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: RELATÓRIO MÉDICO / FOLHA CIRÚRGICA /LAUDO DE EXAME DE IMAGEM.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVÍABILIZOU ESTABELECR A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 Cidade: Toritama Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA Data do acidente: 18/07/2018 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.(P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Num. 63889227 - Pág. 10

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLÍMPIO SILVA

Data do acidente: 18/07/2018

CPF: 801.420.014-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLÍMPIO SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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: 09/09/2019
Nome: ACSA OLÍMPIO SILVA
CPF: 801.420.014-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ACSA OLÍMPIO SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do acidente: 18/07/2018

CPF: 801.420.014-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLIMPIO SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: ACSA OLIMPIO SILVA
CPF: 801.420.014-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ACSA OLIMPIO SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLÍMPIO SILVA

Data do acidente: 18/07/2018

CPF: 801.420.014-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLÍMPIO SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: ACSA OLÍMPIO SILVA
CPF: 801.420.014-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ACSA OLÍMPIO SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Num. 63889227 - Pág. 13

**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.

Número do Sinistro: **3190458981**

Nome do(a) Examinado(a): **ACSA OLIMPIO SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua do Comércio, 280 - Toritama - PE - CEP 55125-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **4256927**

Data e local do acidente: [**18/07/2018**] **Toritama**

Data e local do exame: [**06/12/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

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

Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos do tornozelo direito.

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

[] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações alta médica

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (décifos funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo direito

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"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE





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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190458981 Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

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, 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.

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 14651623



220 01351/01352 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Núm. 63889227 - Pág. 16



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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190458981 Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO / FOLHA CIRÚRGICA /LAUDO DE EXAME DE IMAGEM, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Pag. 00417/00418 - carta_32 - INVALIDEZ



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

Carta nº 14679830



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Num. 63889227 - Pág. 17



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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

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

| | |
|---------------------------------------|---|
| Documentação médica-hospitalar | Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues. |
|---------------------------------------|---|

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: 01749/01750 - carta_03 - INVALIDEZ



00010875

Carta nº 14744419



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Num. 63889227 - Pág. 18



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, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) FOLHA CIRÚRGICA / RELATÓRIO DE ALTA DEFINITIVA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Pag. 01829/01830 - carta_32 - INVALIDEZ



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

Carta nº 14766085



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Num. 63889227 - Pág. 19



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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190458981 Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

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 COMPREV SEGURADORA S/A, 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

PPag. 00657/00658 - carta 25 - INVALIDEZ

00020329



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251411391190000062709709>
Número do documento: 2006251411391190000062709709

Nº 63889227 - Pág. 20



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

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190458981 Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ACSA OLIMPIO SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002551

Conta: 0000039779-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00181/00182 - carta_15R - INVALIDEZ



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, retorno 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 803.420.014-49 Nome completo da vítima: Acsa Olimpio Silva

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

| | | | |
|----------------|---|-----------|--------------------------------------|
| Nome completo: | <input type="text"/> Acsa Olimpio Silva | CPF: | <input type="text"/> 803.420.014-49 |
| Profissão: | <input type="text"/> Recuperador | Endereço: | <input type="text"/> Rua do Comercio |
| Bairro: | <input type="text"/> Centro | Cidade: | <input type="text"/> Toritama |
| | | Estado: | <input type="text"/> PE |
| | | CEP: | <input type="text"/> 55225-000 |
| E-mail: | <input type="text"/> (81) 9.9668-4814 | | |

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Name do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | AGÊNCIA: <input type="text"/> 2551 CONTA: <input type="text"/> 9664 Dígito: <input type="text"/> 8 |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |
| | AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> Dígito: <input type="text"/> |
| | (Informar o dígito se existir) |

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário declarante
Local e Data: Toritama 17/10/2019
Nome:
CPF:

(* Assinatura de quem assina A ROGO
 Acsa Olimpio Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTOCOLO

FPS.001 V001/2018

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Num. 63889227 - Pág. 23

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 ADO 2019

10/08/2016 16:55

**PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE**

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0219001239

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/08/2018 às
17:23

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 18/7/2018 às 19:36**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E QUATRO QUILOMETRO
TRINTA, 1, 104 - Bairro: LOTEAMENTO J SEVERINO SILVA
TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO (OUTRO)
ACSA OLÍMPIO SILVA (VÍTIMA)
JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA**

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

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

**ACSA OLÍMPIO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: RUTE MARINHO OLÍMPIO Pai: FRANCISCO OLÍMPIO DA SILVA Data de Nascimento: 18/3/1966 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4268827/SSP/PE (RQ) 80142001449 (CPF)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares:
- 81996284407**

Residencial: APT 108 - 2º ANDAR - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo à: RUA COMÉRCIO, 288 - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: ACSA OLÍMPIO SILVA Pai: JOSÉ ANTONIO FELIPE DA SILVA Data de Nascimento: 21/1/1981 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: RUA COMÉRCIO, 288 - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL



19/08/2018 17:11

Relatório de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/mfpolxnl/SCExev...

MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO (não presente no plantão) - GEM.
Feminino Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial RUA PROJETADA, LOT. MANOEL CAMELO - GARANHUNS/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a). MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO, que estava em posse do(a) Sr(a). JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA
Cetimona/Marca/Modelo MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor PRATA - Quantidade 1 (UNIDADE)

Placa OYM 2841 (PERNAMBUCO/GARANHUNS)

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE SEU FILHO JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA CONDUZIA A MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO CG 150, DE COR PRATA, DE PLACA OYM-2841/PE, NA RODOVIA BR 104, NESTA CIDADE, OCASIÃO EM QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA ALUDIDA MOTOCICLETA. ESCLARECE A VITIMA QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE ESTAVA NA GARUPA DO REFERIDO VEÍCULO, TENDO SAÍDO COM FERIMENTOS GRAVES, NA Perna E CALCANHAR DIREITA, SENDO A MESMA SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

Assa Jefthe Silva

ACSA OLÍMPIO SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por JOSE MELLO DA SILVA - Matrícula: 381.835-6





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 803.420.014-49 Nome completo da vítima: Acsa Olimpio Silva

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

| | | | |
|----------------|---|-----------|--------------------------------------|
| Nome completo: | <input type="text"/> Acsa Olimpio Silva | CPF: | <input type="text"/> 803.420.014-49 |
| Profissão: | <input type="text"/> Recuperador | Endereço: | <input type="text"/> Rua do Comercio |
| Bairro: | <input type="text"/> Centro | Cidade: | <input type="text"/> Toritama |
| | | Estado: | <input type="text"/> PE |
| | | CEP: | <input type="text"/> 55215-000 |
| E-mail: | <input type="text"/> (81) 9.9668-4814 | | |

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

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2551

CONTA: 9664

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário declarante
Local e Data: Toritama 17/10/2019
Nome:
CPF:

(* Assinatura de quem assina A ROGO
X Acsa Olimpio Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
01 AGO 2019

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

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E PROVAVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS JA RECIFE

FPS.001 V001/2018

**PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**

| | | | | | |
|---|-------------|-------------------------------------|--------|--------------|-----------------|
| Registro | Hora | Nome do Paciente | | Sexo | Data de Entrada |
| 711.293/18-36 | 08:30 | Olivia Inha | | F | 18/07/2018 |
| Idade | RG | Órgão Emissor | CPF | Estado Ceará | |
| 49 | | | | | |
| Data de Nascimento | | Naturalidade | | | |
| 16-03-1963 | | Brasileira | | | |
| Endereço | | | Número | Complemento | |
| P do Comercio | | | 120 | Casa | |
| Cidade | Bairro | | UF | CEP | |
| Fortaleza | Centro | | CE | 60000-000 | |
| SUS | Profissão | | | | |
| 000-000-0000 | Funcionária | | | | |
| Nome da Mãe | | Nome do Pai | | | |
| Eunice Oliveira | | Eunice Oliveira de Souza | | | |
| Nome do Responsável | | Telefone 9629-4404 | | | |
| PA | PULSO | FR | HGT | PESO | T (°C) |
| SpO ₂ : ambiente | | SpO ₂ com O ₂ | L/min | | |
| CLASSIFICAÇÃO <input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO | | | | | |

HDA *Vim a clínica devido à constipação - não tem febre ou dor de cabeça. No entanto, há um coceira devido à infiltração de urina devido ao uso de urinímetro.*

| | |
|--|-------------|
| Hipertensão () sim () não // Diabetes () sim () não // APP | |
| EXAME GERAL | OROSCOPIA |
| OTOLÓGICO | NEUROLÓGICO |
| ACV | GLASGOW |
| AR | NUCA |
| ABDÔME | PUPILAS |
| MEMBROS | PELE |

Diagnóstico Provisório *Sintomas de infiltração de urina*
 Alergias () Sim Não
Conduta *Indicar antibioticoterapia e fazer exames para descartar infiltração de urina*

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE MEDICO(CRM)



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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ACSA OLIMPIO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000039779-6

Nr. da Autenticação 4AEF22AC3551FCD3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Num. 63889227 - Pág. 28

24/05/2019

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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 |
| EUNILTON GOMES FONSECA |
| CPF: 859.375.934-15 |
| ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA |
| RUA DO COMÉRCIO 288 AP-108 |
| CENTRO/TORITAMA 55125-000 TORITAMA 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 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL | CONTA CONTRATO |
|--|-----------------------------|--|
| 27/05/2019 | 20/05/2019 | 007029493566 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | DATA DA APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE |
| 91,14 | 20/05/2019 | 2016603480 |
| CLASSIFICAÇÃO | NÚMERO DA NOTA FISCAL | Nº DA INSTALAÇÃO |
| B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico | | 0065253284 |
| RESERVADO AO FISCO | | B2A3.DD9B.4C3C.A3F7.E00.6484.8C44.9974 |

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) | EM ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE. | | | | |
|---|------------|-------------------|-----------------|--|------------------|---------|--------------------|-------|
| Consumo Ativo(kWh) | 107,00 | 0,78961602 | 84,48 | Vencido 26/04/19 26/05/19 79,93 | | | | |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 0,06 | | | | | |
| Contrib. Ium. Pública Municipal | | | 5,21 | | | | | |
| ICMS Subvenção-CDE-NE 055069678-21/03/19 | | | 0,49 | Este comunicado NÃO substitui arreio de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em processo judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 59 REN-414/ANEEL. Pode ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros da restrições do credito SPC e SERASA. | | | | |
| COMPREV COMPREV - COOPERATIVA PREVIDÊNCIA S/A | | | | Tarifas Aplicadas: | | | | |
| 01 AGO 2019 | | | | HISTÓRICO DO CONSUMO kWh | | | | |
| PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE | | | | Consumo Ativo(kWh) 0,54865187 MAI 19 107 ABR 19 89 MAR 19 89 FEV 19 77 MAR 19 99 | | | | |
| TOTAL DA FURAM 91,14 | | | | DEZ 19 92 NOV 19 78 OUT 19 79 SET 19 74 AGO 19 61 | | | | |
| ICMS | | PIS | | ENCARGOS SOCIAIS JUL 19 JUN 19 MAI 19 | | | | |
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPPOSTO | BASE DE CÁLCULO | VALOR DO IMPPOSTO | ENCARGOS SOCIAIS | TRIBUTO | PERÍODO DA ENERGIA | TOTAL |
| 85,44 | 25,00 | 21,36 | 85,44 | 1,16 | 9,99 | 85,44 | 5,76 | 4,58 |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NUMERO DO MEDIDOR | TÍPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ATUAL LECTURA | MP DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh | DESCRIPÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM | META ANUAL | |
|--------------------|----------------|---------------|---------------|------------|-----------|--------|-------------|------------|----------|---------------|-------------|-----------|------------|--|
| 000000003010139872 | CAT | 18/04/2019 | 23.767,00 | 20/05/2019 | 23.874,00 | 32 | 1.00000 | 0,00 | 197,00 | | | | | |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/06/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIPÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM | META ANUAL |
|---|----------|---------------|-------------|---------------------|------------|
| DIC-No dia horas sem Energia | | 0,13 | 0,11 | 10,62 | 21,25 |
| FIC-No dia vozes sem Energia | | 7,00 | 3,22 | 6,47 | 12,95 |
| UMIC-Duração máxima de Interrupção contínua | | 0,13 | 0,03 | 0,00 | 0,00 |
| DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico | | | | Límite DICRI: 12,22 | |
| CUZO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 31,15 | | | | | |
| Total Gastos com gastos referentes a duração de dias interrupções DIC, FIC, UMIC e DICRI a qualquer tempo | | | | | |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 7,70% para Alta Tensão-REH 2.535/19. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

| NÍVEIS DE TENSÃO | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------|--|
| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | | |
| | MÍNIMO | MÁXIMO | |
| 220 | 202 | 231 | |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | |

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------|
| 007029493566 | 05/2019 | 91,14 | 27/05/2019 | |

838000000009 911400110078 029493566102 139420224930



Evite doblete na data de pagamento.
Este canhoto será usado em leitora ótica.





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Beatriz dos Santos Ramilo Silva,

RG nº 9.323.878, data de expedição 02/10/17,

Órgão SDS, portador do CPF nº 119 382 744 - 23,

com domicílio na cidade de Garanhuns, no Estado de Pernambuco,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida Manoel Gammel, nº 270,

complemento bara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Olimpio Silva, cujo o condutor era

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG150FAN E3D1 Ano: 2014/2015

Placa: GYM 841 Chassi: 9C2KC1600ER504689

Data do Acidente: 18/07/18

Local e Data:

Garanhuns, 08 de julho de 2019



Maria Beatriz dos S. Ramilo Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVITÉRIA NOTARIAL DE GARANHUNS - PERÍ ALBUQUERO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Doutor Barreto, n. 37, Bairro São José.
CEP 55295-000 Garanhuns, PE. Tel: (87) 3761-1877

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-032751
Reconheço, sob juramento de hombrada:
MARIA BEATRIZ DOS SANTOS RAMILO SILVA
Data: 08/07/2019
Endr. 0,00 TMR: 0,48 IES: 0,20 FIRM: 0,04 FUNGOS: 0,00
SELO DIGITAL: 0077116.UZ7W6291902.01190
Consulta online/eletrônica em www.sps.jus.br/medigrid



ADELMO JOSE BERNARDINO - 2º ESCREVENTE SUBSTITUTO

Bernardino
Avante Sobrada

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

01 A50 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

COMPREV





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Beatriz dos Santos Ramilo Silva,

RG nº 9.323.878, data de expedição 02/10/17,

Órgão SDS, portador do CPF nº 119 382 744 - 23,

com domicílio na cidade de Garanhuns, no Estado de Pernambuco,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida Manoel Gammel, nº 270,

complemento bara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Olimpio Silva, cujo o condutor era

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG150FAN E3D1 Ano: 2014/2015

Placa: GYM 841 Chassi: 9C2KC1600ER504689

Data do Acidente: 18/07/18

Local e Data:

Garanhuns, 08 de julho de 2019



Maria Beatriz dos S. Ramilo Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVITÉRIA NOTARIAL DE GARANHUNS - PERÍA ARBUZO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Doutor Barreto, n. 37, Bairro São José.
CEP 55295-000, Garanhuns, PE. Tel: (87) 3761-1877

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-032751
Reconheço, sob juramento de hombrada:
MARIA BEATRIZ DOS SANTOS RAMILO SILVA
Data: 08/07/2019
Endr. 0,00 TMR: 0,48 IES: 0,20 FIRM: 0,04 FUNGOS: 0,00
SELO DIGITAL: 0077116.UZ7W6291902.01190
Consulta online/eletrônica em www.sps.jus.br/medigfis



ADELMO JOSE BERNARDINO - 2º ESCREVENTE SUBSTITUTO

Bernardino
Avante Sobrada

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

01 A50 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

COMPREV





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

**PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

| | | | | |
|-----------------------------|-------|-------------------------------------|-------------|---------------------------|
| Reg. str | Hora | Nome do Paciente | Sexo | Data de Entrada |
| 11.293.18.36 | 00 | Elmara Sádu | F | 18.07.2018 |
| Isoc. | RG | Órgão Emissor | CPF | Estado |
| 49 | 1111 | 1111 | 1111 | SC |
| Data de Nascimento | | Naturalidade | | |
| 10-13-1963 | | Brasil - AC | | |
| Endereço | | Número | Complemento | |
| P. da Comerçista | | 124 | apartamento | |
| Cidade | | Bairro | UF | CEP |
| Santos | | Centro | SP | 14000-000 |
| SUS | | Profissão | | |
| Nome da Mãe | | Nome do Pai | | |
| Eunice Sádu | | Eunice Sádu | | |
| Nome do Responsável | | Telefone | | |
| | | 9629-4404 | | |
| PA | PULSO | FR | HGT | PESO |
| SpO ₂ : ambiente | | SpO ₂ com O ₂ | L/min | T (°C) |
| CLASSIFICAÇÃO - VERMELHO | | AMARELO | VERDE | AZUL ASSINATURA E CARIMBO |

Hiper tensão () sim () não // Diabetes () sim () não // APP

| | |
|-------------|-------------|
| EXAME GERAL | OROSCOPIA |
| OTOCOPIA | NEUROLÓGICO |
| ACV | GLASGOW |
| AR | NUCA |
| ABDOM | PUPILAS |
| MEMBROS | PELE |

Diagnóstico Provisional

ANNA

卷之三

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

MEDICO (CRM)





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



PREFEITURA DE
TORITAMA
Trabalhando para todos

Toritama, 08 de Agosto de 2018.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 111/2018

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

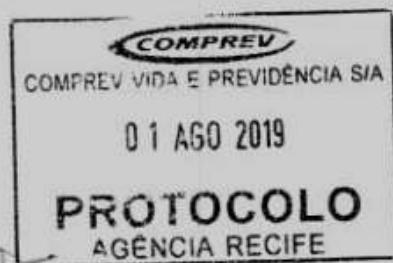
Para: **ACSA OLIMPIO SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **ACSA OLIMPIO SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 114.743, no dia 18/07/2018, foi atendido e em seguida sendo LIBERADA.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Mateus Emanoel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192• E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Num. 63889227 - Pág. 33



NOME DO PACIENTE: ACSA OLIMPIO SILVA



SOLICITANTE: DR.(A) OLLELA CRUZ SANTANA

NÚMERO DO PACIENTE: 228461

CONVÊNIO: PARTICULAR

NÚMERO DA REQUISIÇÃO: 831427

EXAME: US ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)

DATA: 28/11/2018

Exame realizado com aparelho **DIGITAL** com transdutores de multifrequenciais de alta resolução

ESTUDO ECOGRÁFICO DO TORNOZELO DIREITO

FACE ANTERIOR:

- Tendão tibial anterior, extensor dos dedos e extensor do Hálux sem alterações.

FACE LATERAL:

- Tendões fibulares curto e longo sem alterações.
- Ligamento fibulo calcâneo e talos fibular sem alterações.

FACE MEDIAL:

- Tendão tibial posterior, flexor dos dedos sem alterações.

FACE POSTERIOR:

- Presença de ruptura na inserção do tendão de Aquiles acometendo aproximadamente 30% da inserção total, medindo 0.83 x 0.29 cm.

ID.: (IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA):

RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES.

CENTRO DIAGNÓSTICO MANOEL FLORÉNCIO

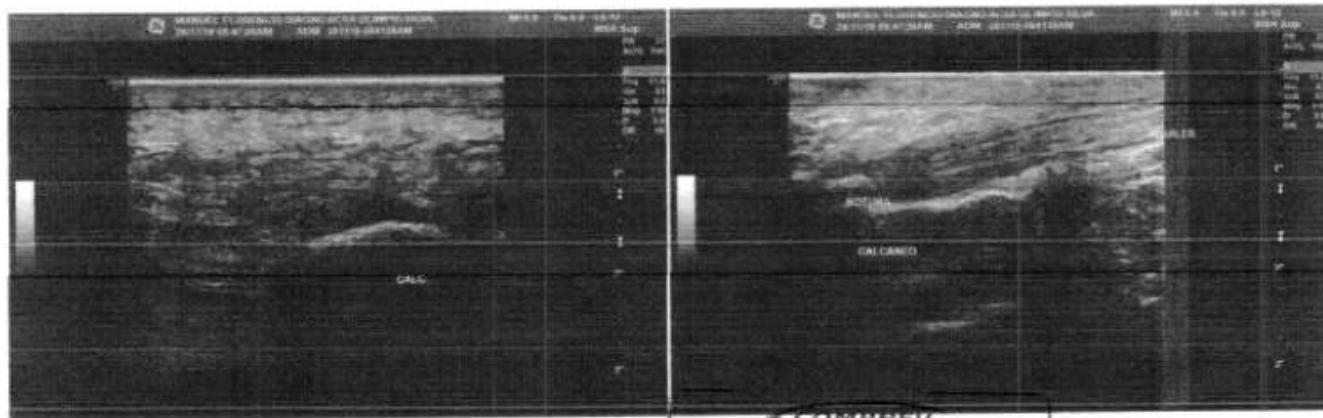
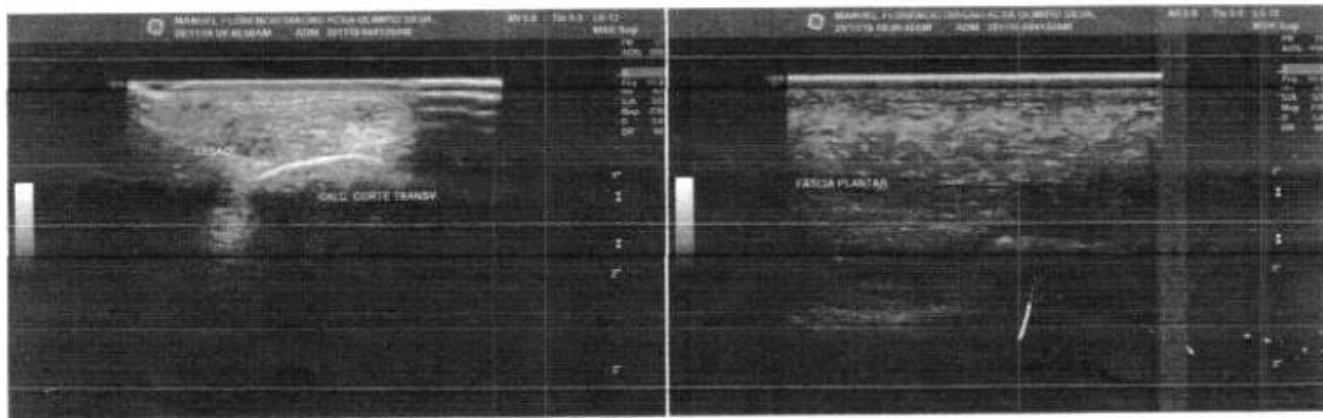
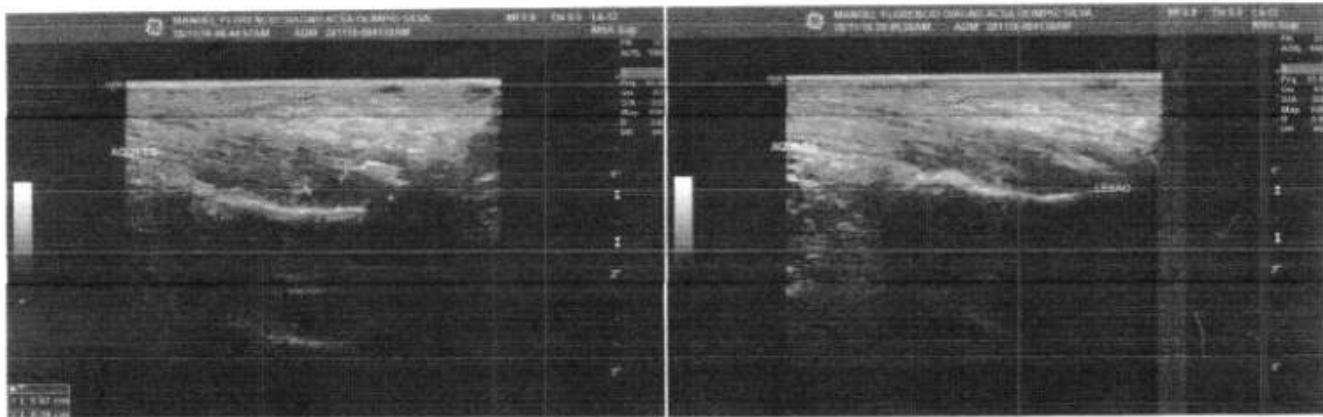
Dr.(a) WALDENIR FERREIRA DE SOUZA
CRM 18290

COMPREV todos os exames de PET-CT e Medicina Nuclear (Cintilografia).

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECLIEC



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:11:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514113911900000062709709>
Número do documento: 20062514113911900000062709709

Num. 63889227 - Pág. 35

| | | | | |
|--|---------------------|---|--|--|
| SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE) | | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | | 2 - CNES | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | |
| 3 - NOME DO PACIENTE <i>Alexandre Silveira</i> | | 4 - N° DO PRONTUÁRIO | | |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 6 - DATA DE NASCIMENTO | | 7 - SEXO |
| | | / / | | Masc Fem |
| 8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | 9 - TELEFONE DE CONTATO DDD / NÚMERO | | |
| 10 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) | | | | |
| 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 12 - CÓD. IRGE MUNICÍPIO | | 13 - UF |
| | | | | 14 - CEP |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | |
| 15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>102010 Tumor Cervix</i> | | 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Tumor Cervix</i> | | 17 - QTDH |
| PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S) | | | | |
| 18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | | 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | | 20 - QTDE |
| | | | | |
| 21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | | 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | | 23 - QTDE |
| | | | | |
| 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | | 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | | 26 - QTDE |
| | | | | |
| 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | | 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | | 29 - QTDE |
| | | | | |
| 30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | | 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | | 32 - QTDE |
| JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S) | | | | |
| 33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Novo Tumor Cervix</i> | | 34 - CID10 PRINCIPAL / 35 - CID10 SECUNDÁRIO / 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS | | |
| 37 - OBSERVAÇÕES <i>Paciente com lesão na mama (mamografia) que apresenta lesão na mama</i> | | | | |
| SOLICITAÇÃO | | | | |
| 38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Jane Mello da Costa</i> | | 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO | | 40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| 40 - DOCUMENTO CNS / CPF | | 41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | <i>26/06/2020</i> |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 44 - COD. ORGÃO EMISOR | | 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APACI) |
| | | | | <i>01 AGO 2019</i> |
| 46 - DOCUMENTO CNS / CPF | | 47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A |
| | | | | |
| 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO |
| | | | | PROTOCOLO |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE) | | | | |
| 51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | | 52 - CNES | | |



SUSSistema
Único de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masculino

Feminino

7 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

8 - FONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - COD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTD

Viu 20 Tumor de pulmão

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTD

(vou corrigir)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL 35 - CID10 SECUNDÁRIO 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

Câncer de pulmão

OBSERVAÇÕES

Paciente viu 20 tumor de pulmão e fumava
mais 100 cigarros por dia de fato**SOLICITAÇÃO**

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

41 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

LASSICO JESUS

Instituto de Medicina

2016

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APACI)

COMPREV

COMPRESAVIDADE S/A

01 AGO 2019

PROTÓCOLO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES

