



Número: **0006468-45.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63890808	25/06/2020 14:58	2729745_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OURICURI/PE

PROCESSO: 00064684520208172001

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 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 **MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 14/11/2019.

Cumprido 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.** (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



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 Súmula 474 do STJ.**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

OURICURI, 19 de junho de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA**, em curso perante a **12ª VARA CÍVEL** da comarca de **OURICURI**, nos autos do Processo nº 00064684520208172001.

Rio de Janeiro, 19 de junho de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0006468-45.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63890809	25/06/2020 14:58	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678595

Vítima: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15226821

Pag. 01877/01878 - carta_01 - INVALIDEZ

00020939





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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678595

Vítima: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001650-0

Conta: 000010029458-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01205/01206 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	711.295.104-68	Mário Francisco de Melo Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSSEP Nº 443/2012		
Nome completo: Mário Francisco de Melo Oliveira		
Profissão: Agricultor	Endereço: Sítio Lauriano	CPF: 711.295.104-68
Bairro: Zona Rural	Cidade: Orobó	Número: 400 Complemento: casa
E-mail: cleide.marques@yahoo.com.br	Estado: PE	CEP: 55.745-000
		Tel.(DDD): 081-9.9993-2863

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

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

DADOS CADASTRAIS		DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	Autorização de pagamento
☒ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1650 0	CONTA: 29458 6	AGÊNCIA: _____	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Orobó, 22/11/2019

Nome: Mário Francisco de Melo Oliveira

CPF: 711.295.104-68

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mário Francisco de Melo Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

14/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 13:10:21
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA POUPANCA
EM DINHEIRO

CREDITADO:
CLIENTE: MARIO F MELO OLIVEIRA
AGENCIA: 1650-0 CONTA : 29.458-6 VAR: 51
=====

DATA :	14/11/2019
NR. DOCUMENTO	165074226131021
VALOR DINHEIRO	10,00
VALOR TOTAL	
QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS	00000001

=====

NR. AUTENTICACAO	B.CBF.F02.69E.293.880
------------------	-----------------------

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Conta Poupança



SDS
coba

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ -
DP121ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0211000696

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/11/2019 às
11:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 1/9/2019 às 14:00

Natureza Jurídica: COLISÃO DE VEÍCULOS/MOTO E CARRO
Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, PE 88, SÍTIO
LAUREANO, ZONA RURAL DE OROBÓ - Bairro: CENTRO -
OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO AO BAR
DE TONHO
Local do Fato: VIA PUBLICA / PE 88, SÍTIO LAUREANO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
THAIS DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA (VITIMA)

Boletim de ocorrência



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

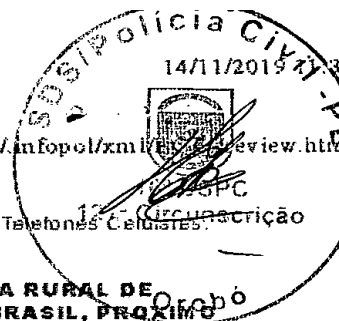
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

viu

MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ADALGIZA MACELINO DE MELO OLIVEIRA Pai: JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO Data de Nascimento: 27/3/1978 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3842157/SDS/PE (RG), 71129510468 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 81985664838

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, SÍTIO LAUREANO, ZONA RURAL DE OROBÓ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL, MINI CAMPO DE FUTSAL

THAIS DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SANDRA MARIA DA SILVA Pai: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA Naturalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8748704/SDS/PE (RG) Estado Civil:



CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **8199018057**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OROBO, 1, SÍTIO LAUREANO, ZONA RURAL DE OROBO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTSAL**

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

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OROBO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THAIS DA SILVA OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KGP0856** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **204568919** Chassi: **902KDO510AR014408**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTO DE COR PRETA HONDA/NXR150BROS MIX ESD, PLACA KGP0856**

VEICULO CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGS2726** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **VEICULO GOL BRANCO DE PLACA PGS2726**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA O SR. MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA, QUEIXANDO-SE QUE NO DIA 01/09/2019, ÀS 1400 HORAS APROXIMADAMENTE, NA PE 88, SÍTIO LAUREANO, PROXIMO AO BAR DE TONHO DE CADUDA, ZONA RURAL DE OROBO, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO HONDA DE PLACA KGP0856, DE COR PRETA; QUE AO REALIZAR UMA MANOBRAS NA PE 88, PARA SEGUIR EM DIREÇÃO AO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, SUA MOTO COLIDIO COM O VEICULO GOL DE COR BRANCA, PLACA PGS2726, DE CONDUTOR DESCONHECIDO; QUE O SAMUR FOI ACIONADO POR POPULARES; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL SÃO SEVERINO TAVORA EM OROBO E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DO TRAUMA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, CONFORME APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS DE ATENDIMENTOS. DIANTE DO FATO EXPOSTO SOLICITA DA AUTORIDADE POLICIAL AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER E ASSUME TODA A RESPONSABILIDADE PELA PRESENTE QUEIXA.

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

Mario Francisco de Melo Oliveira
MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ERISTON LUIZ DA SILVA** - Matrícula: **3247594**

2 de 3

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/BOEPreview.htm



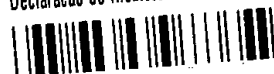
uauo



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01650-0

CONTA: 000010029458-8

Nr. da Autenticação F74287AFD721033B



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Mário Francisco de Melo Oliveira

RG nº 3.842.157, data de expedição 24/09/2008, Órgão SDS/PE,

CPF nº 711.295.104-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro.

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Laureano</u>
Número	<u>400</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Orobo</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.745-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-9.9993-2863</u>
E-mail	<u>clayde.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Orobo, 14 de novembro de 2019.

Assinatura do Declarante: X Mário Francisco de Melo Oliveira





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAURIANO 400

CPF: 289 657 444-15

ZONA RURAL OROB/OROB RURAL
OROBO PE
55745-000

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
08/10/2019	UNICA	17/10/2019
17/10/2019	2000899211	2148189

CONTA DE ENERGIA	CONTA DE ENERGIA
1642777013	10/2019
24/10/2019	18/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	73,17

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)	148,000000	0,45007516	65,71
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,29
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,83
Multa por atraso-NF 0774/8978 - 18/08/18			1,20
Juros por atraso-NF 0774/8978 - 18/08/18			0,14
Contribuição CERCAL - (081) 9834-1028			2,00

TOTAL DA FATURA

73,17

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWh)
136367	CAT	15/08/19	31 350,00	31 416,00	31	1,0000		148,00

PERÍODO	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
OUT 19	146			
SET 19	120			
AGO 19	130			
JUL 19	144			
JUN 19	138			
MAY 19	152			
ABR 19	140			
MAR 19	168			
FEB 19	144			
JAN 19	145			
DEZ 18	147			
NOV 18	152			
OUT 18	158			

CONSUMO ATIVO (MWh)	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
Consumo Ativo (MWh)	0,41748000	

CONSUMO ATIVO (MWh)	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
Consumo Ativo (MWh)	0,41748000	

CONSUMO ATIVO (MWh)	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
Consumo Ativo (MWh)	0,41748000	

CONSUMO ATIVO (MWh)	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
Consumo Ativo (MWh)	0,41748000	

CONSUMO ATIVO (MWh)	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
Consumo Ativo (MWh)	0,41748000	

CONSUMO ATIVO (MWh)	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
Consumo Ativo (MWh)	0,41748000	



PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



192

IDENTIFICAÇÃO	MÉDICO REGULADOR <i>Redolfo</i>			TARM —		OPERADOR DE FROTA <i>Edjane</i>	
	DATA 01/09/19	HORA 14:05	ID —	Nº OCORRÊNCIA 5675068	UNIDADE MÓVEL USB	BASE DA UNIDADE <i>Orobó</i>	
	ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA <i>PE-88</i>					Nº <i>514</i>	
	BAIRRO <i>Centro</i>			MUNICÍPIO <i>Orobó</i>			
	PONTO DE REFERÊNCIA <i>Próximo ao Restaurante Estrela Dalva</i>						
	NOME DA VÍTIMA <i>Maria Francisca de Melo Oliveira</i>					IDADE 49	SEXO ☒ M ☐ F
SOLICITANTE/FONE <i>Redolfo</i>					CARTÃO DE SAÚDE - SUS		
QUEIXA <i>Acidente de moto, com vítima politraumatizada.</i>							
Comunicação		Saída da base 14:05	Chegada no local 14:18	Saída do local 14:45	Chegada no destino 17:25	Saída no destino 19:30	Chegada na base 22:05

☐ Orientação ☒ Transporte ☒ Transferência ☐ Cancelada antes da regulação ☐ Local não encontrado ☐ Cancelada

☐ Transferência (senna)

Tipo de lesão:

- ☐ Acidente Trânsito:
☐ Pedestre
☒ Condutor do veículo
☐ Passageiro do veículo
☐ Agressão
☐ Clínico
☐ Desabamento/Soterramento

- ☐ Eletrocussão
☐ FAF
☐ FAF
☐ Gineco-obstétrico
☐ Lesões térmicas
☐ Pediátrico
☐ Psiquiátrico
☐ Quase Afogamento

- ☐ Queda — Morte
☐ Queimadura
☐ Térmica
☐ Química
☐ Elétrica
☐ Outros:

Antecedente:

- ☐ AIDS
☐ Alcoolismo
☐ Alergia
☐ AVC
☐ Cirurgias Realizadas

- ☐ Convulsões
☐ Diabetes
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença Infecto contagiosa
☐ Doença Mental
☐ Doença Renal

- ☐ Drogadição
☐ Hipertensão Arterial
☐ Internamentos anteriores
☐ Medicamento:
☐ Problemas Respiratórios
☒ Outros:

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Queixas
☐ Agitação/agressividade
☐ Alergia
☐ Ausência de pulso
☐ Cianose

- ☐ Convulsão
☐ Diarréia
☐ Dificuldade Respiratória
☒ Dor Local
☐ Febre
☐ Inconsciente/Desmaio

- ☒ Palidez
☒ Sangramento
☐ Vômito
☐ Outros:

Início dos Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início	130x80	88	20	36°	113	98	15
Fim	—	—	—	—	—	—	—

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

☒ Livre

- ☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema de Glote
☐ OBS

Respiração/Ventilação:

- ☒ Espontânea
☐ Parada Respiratória
☐ Assistida
☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

- ☒ Normal
☐ Roncos/sibilos
☐ Estertores
☐ Diminuição MV
☐ Ausência MV

Expansibilidade:

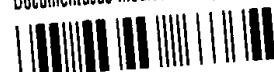
- ☒ Normal
☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular

Achados ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectorção mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Etilico ☒ Outros

CIRCULAÇÃO

- ☐ Pele ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Outros:
☒ Edema ☐ Ausente ☐ Palpebral ☒ M Inferiores ☐ Anasarca
☐ Perfusão ☐ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente
☐ Pulso ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
☐ Ausculta ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Atrito pericárdio ☐ Arritmia ☐ Sopros
☐ ECG ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

Documentação médico-hospitalar



Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação		X		X	X	X		X	X	X	X
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta										X	
Aceleração											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Contusão
☐ Convulsão
☐ Otorragia Direita

- ☐ Otorragia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guaxinim direito
☐ Sinal de Guaxinim esquerdo
☐ Rigidez de nuca
☐ Afasia

- ☐ Miiose Direita
☐ Miiose Esquerda
☐ Midriase Direita
☐ Midriase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reagente
☐ Pupila não reagente
☐ Outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Turgência jugular
☐ Enfisema subcutâneo
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão
☐ Ascite
☐ Doroso/Defesa
☐ Esplenomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritoneal
☐ Normal
☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Hiperúria
☐ Hiperúria Esquerda
☐ Hematúria
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento
☐ Hemorragia vaginal
☐ Normal _____ semanas
☐ Outros:

- ☐ Trabalho de parto: ☐ 0-1 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Boisa róta ☐ Sangramento ☐ Nascimento

- ☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasotraqueal
☐ Cânula Orofaringea
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentose c/ Agulha Direita

APGAR:

- ☐ Toracocentose c/ agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Vesical
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☐ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Traqueostomia
☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
☐ Outros:

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado					
Sol. fisiológico 0,9%	500 ml		80g	EV	
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: H.R.

MUNICÍPIO: Peripe

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<u>Podalfo</u>		<u>Leandro de Aguiar</u>	<u>Leandro</u>

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 112 - MACRO REGIÃO METROPOLITANA, nesta oportunidade:

RG ou CPF:

Assinatura:



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Mário Francisco de Melo Oliveira

CPF da Vítima

711.295.104-68

Data do Acidente

01/09/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Orobo, 22 de novembro de 2019

Local e Data

X Mário Francisco de Melo Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



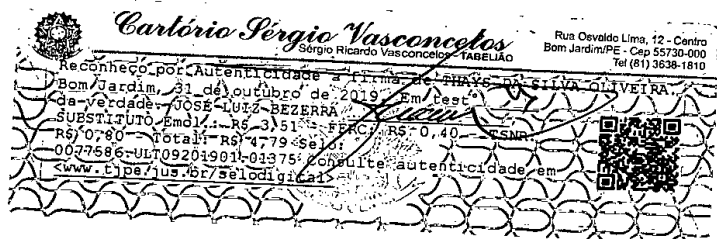
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Thays da Silva Oliveira,
RG nº 8.745.704, data de expedição 17/04/2009,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 100.413.254-94, com
domicílio na cidade de Orobo, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Lauriano, nº S/Ne,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Mário Francisco de Melo Oliveira cujo o condutor era
Mário Francisco de Melo Oliveira
Veículo: motocicleta Honda NXR 150 BROS MIX ESD
Modelo: 2010
Ano: 2010
Placa: KGP-0856
Chassi: 9C2KD0510AR014409
Data do Acidente: 01/09/2019
Local e Data: Bom Jardim, 31 de outubro de 2019.

Cartório

Thays da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante

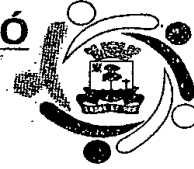
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Sembar 57618018



CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ
Hospital Severino Távora
Uma Nova História
Parceria: Prefeitura Municipal de Orobó



Data: 01/09/19	Hora: 13:37	Registro: 42.611
Nome: Márcio Francisco de Melo Oliveira		
Data de Nascimento: 27/03/70	Idade: 49 a.	
Endereço: St. Beauriano	Referência:	
Responsável: Thais da Silva Oliveira	(Filha)	
Endereço do Responsável:		
Cartão Nacional do SUS:		

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

Local da Ocorrência:
Tipo de Ocorrência:
(X) Acidente de Trânsito () Agressão () Suicídio () Acidente de Trabalho () Outros

Sinais Vitais			
PA:	FC:	TEMP:	FR:

Queixas: 1. dor no abdômen em 13:00
2. dor no abdômen em 13:00
3. dor no abdômen em 13:00

Exame físico:

Hipótese diagnóstica: PCR

Procedimentos: 1. Exame físico





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA	PRONTUÁRIO: 1691722	ATENDIMENTO: 01476050
DATA DE NASCIMENTO: 27/03/1970	FOI ATENDIDO EM: 01/09/2019 Às 15:54	
	DATA DA ALTA: 15/09/2019 ÀS 08:54	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE ZIGOMA BILATERAL, BLOW-OUT (E), MAXILA, CONDILO MANDIBULAR DIREITO.
CID: S02.8
NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR.

Tratamento Realizado:

CONSERVADOR ATE O MOMENTO
DRENAGEM DE HEMATOMA DIA 13/09/2019;
A FONOTERAPIA

Observação:

DIETA LIQUIDA/PASTOSA
TERMOTERAPIA 4/4 HORAS

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE DR. CAUBI, QUINTA-FEIRA DIA 17/10/2019; ÀS 13:00 HORAS.
ACEITO ENCAIXE

Dr. Demóstenes Diniz
Cirurgia e Traumatologia
Especialidade Maxilo-Facial
Residente HR/UPF
CRO-PE 13.314

DEMOSTENES ALVES DINIZ - CRO: Nº.13314

Recife, 15, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA	PRONTUÁRIO: 1691722	ATENDIMENTO: 01476050
DATA DE NASCIMENTO: 27/03/1970	FOI ATENDIDO EM: 01/09/2019 Às 15:56	
	DATA DA ALTA: 04/10/2019 ÀS 11:05	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO

Observação:

AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES POR 30 DIAS
ANALGESIA
USO DE MULETAS
ORIENTAÇÕES GERAIS

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR ALEXANDRE GALVAO EM 15 DIAS

Dr. Sérgio Rafael de S. A. Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 7783

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: N° 7472

Recife, 04, OUTUBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES

PERNAMBUCO

Nome: <i>Maria Fco Melo</i>		Idade:
Registro:	Box/Leito/Enfermaria:	Clinica/Setor:
Exames Solicitados:		
<i>Rx do braço @ AP / X</i>		
<i>Fx bimalleolar.</i>		
<i>Dr. Alexandre Galvão</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 12819 SATO 8603		
Data: <i>26.11.2019</i>	Hora:	Ass. Carimbo/Requisitante

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0127



Mário Filho de Melo Oliveira

Paciente :	Hospital da Restauração	REGISTRO
Lando Médico		
EVOLUÇÃO		
paciente submetido a Hx cirúrgica de fratura bípolar do fêmur esquerdo por estresse com placa e parafusos. Encontra-se na Hx a realização das atividades laborais desde o seu acidente em 01.09.2019 que resultou em seu internamento hospitalar em UTI e posterior Hx cirúrgica em 12/09/2019.		
CID: S82.5 + S82.6		
Obs.: Sugiro 90 dias de afastamento do trabalho		
Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 12019 SBO 8603		
29.10.2019		

Cod. 0130





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

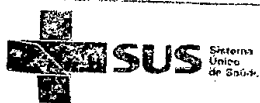
Consulta.....: 26/11/2019 13:00Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 23 - ALEXANDRE DE ALBUQUERQUE GALVAO
Agenda.....: 51597

Informações do Paciente

Paciente.....: 1691722 Same.....: 875942
Nome.....: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 99018057 / Celular: () - Nasc.....: 27/03/1970
Endereço.....: SITIO LAUREANO, 1 - ZONA RURAL - OROBÓ - PE - Cep: 55745970
Cidade.....: OROBÓ

Agendado por: THAYLISSONBS





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES
0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mário Filho de Melo Oliveira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

8 - DATA DE NASCIMENTO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Fração de fratura mitorre

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

10

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Sequela de fratura bimalleolar do tornozelo com ganho de ADM e força muscular

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Alexandre Galves

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29.10.19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

879.238.314-91

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Dr. Alexandre Galves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12914 SP TO 9803

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 29/10/2019 13:00Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 23 - ALEXANDRE DE ALBUQUERQUE GALVAO
Agenda.....: 51599

Informações do Paciente

Paciente.....: 1691722 Same.....:
Nome.....: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 99018057 / Celular: () - Nasc.....: 27/03/1970
Endereço.....: SITIO LAUREANO, 1 - ZONA RURAL - OROBÓ - PE - Cep: 55745970
Cidade.....: OROBÓ

Agendado por: ELIZABETHVS





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente:	Monio Froemel	Registro:	
Clinica:	BW	Box/Leito/Enfermaria:	

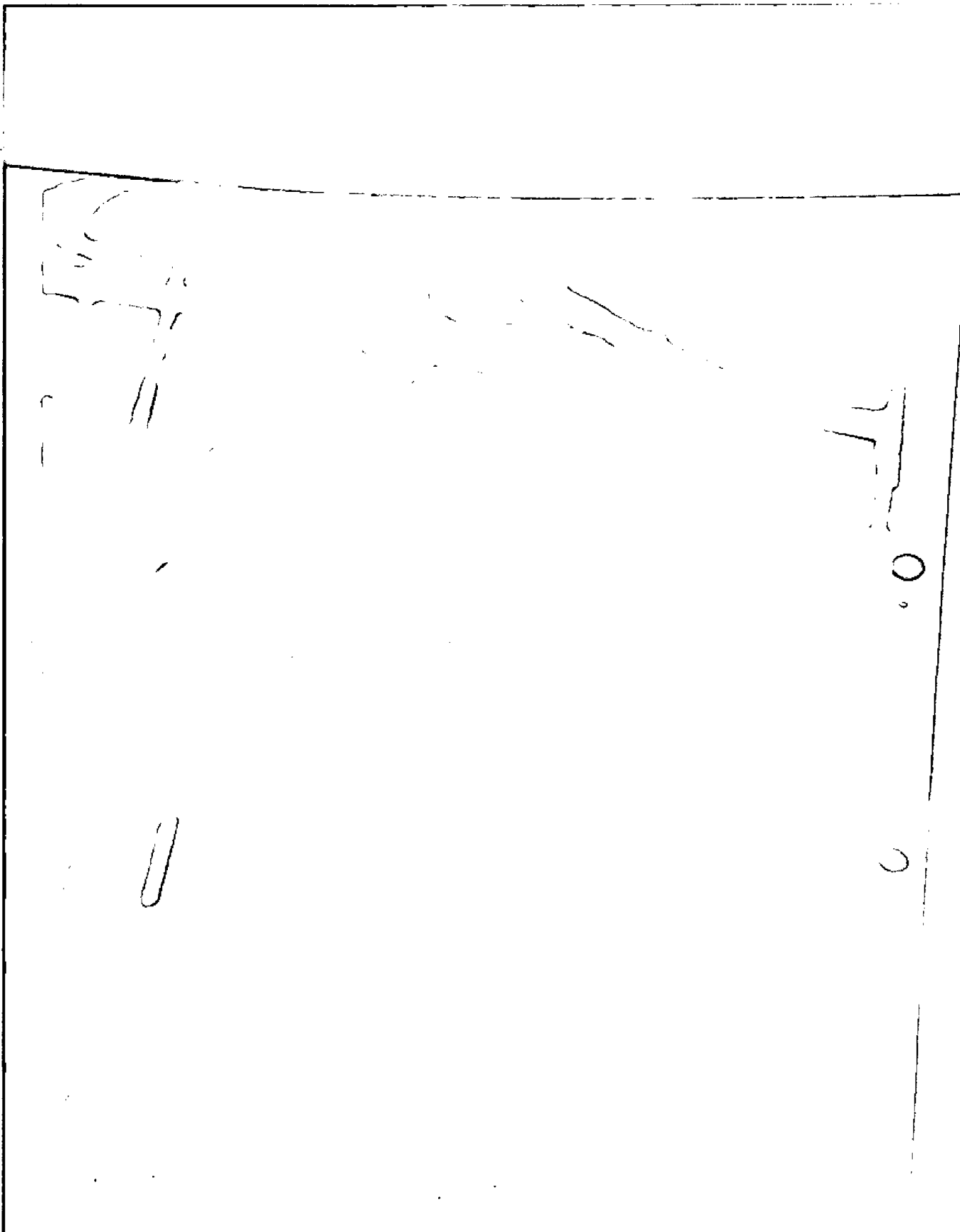
A Focometopia
Pkt Látima de
ocidente motolalib.
co, luvomou com
Fraterno em canal
(0); Tratomena
Pdmseroos;
Scl. Alulhao
A Canouco de
Ond

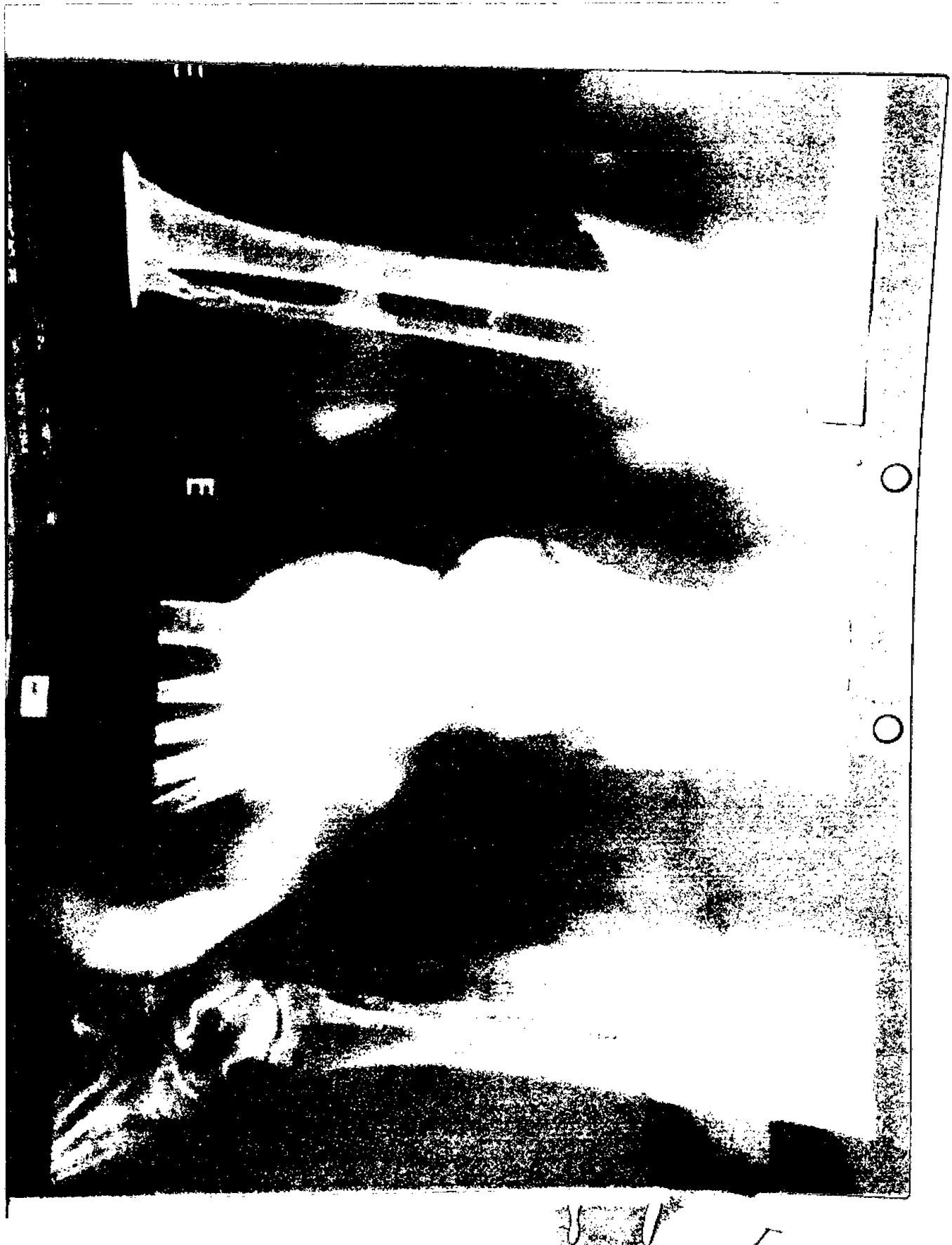
Data: 15/9/19

Dr. Demétrio L. L. L.
Ass. Carimbo Médico CREMEPE
Residência 13.314

COD. 0340





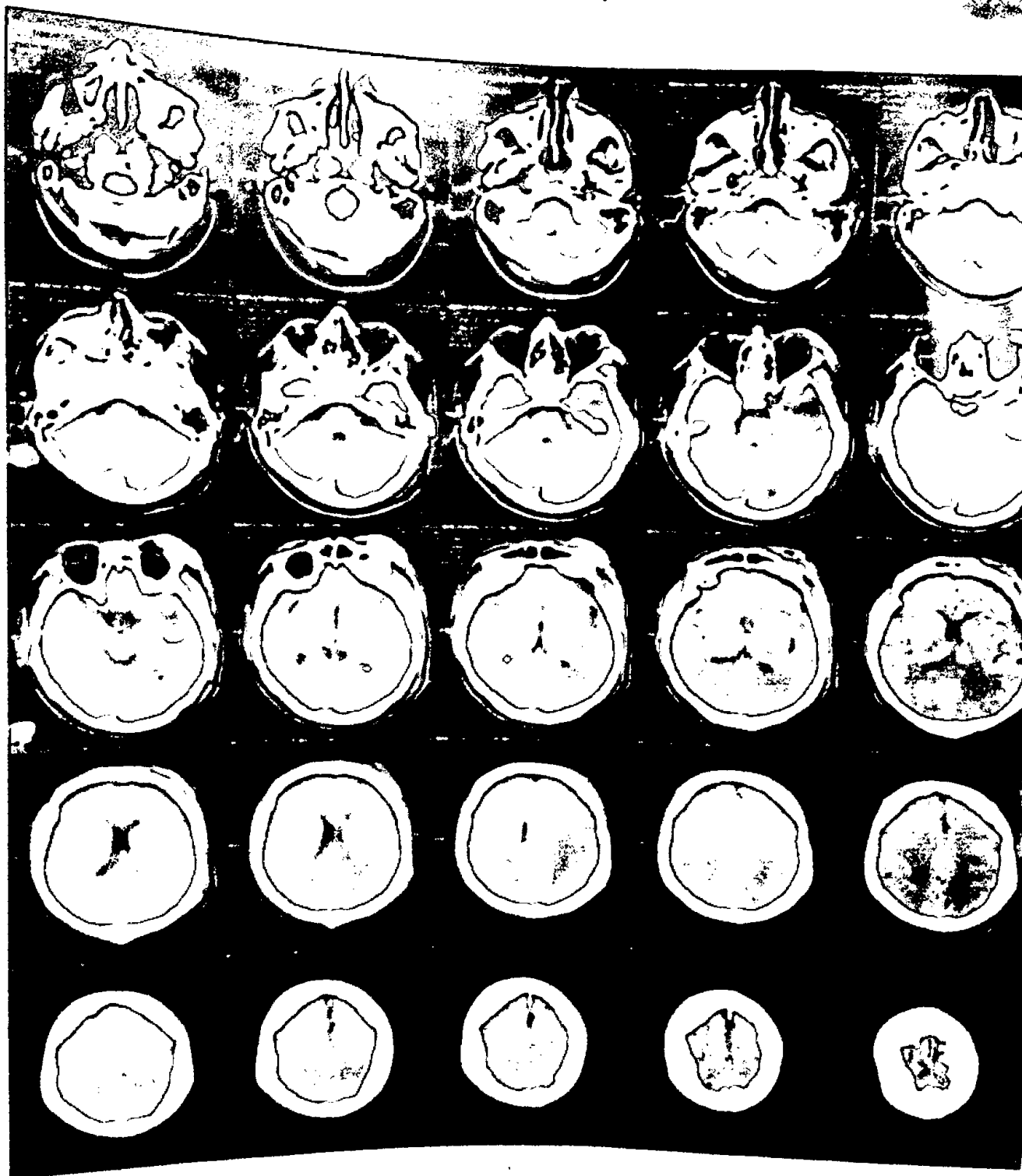






Dr. Agamenon Magalhães, S/N Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (031) 3181-5400





R. Gomes - Macalães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP 52010-060, Fone: (031) 3101 3400



AL SEPTIMO OTERRONACIONAL

3.842.157 24/09/2008

< MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA >>

< JOSE FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO >>

< ADILGIZA MACELINO DE MELO OLIVEIRA >>

CM JARDIM - PE 27/03/1970

<< CM 15069 L49 F.260 CART.GROBÓ-PE
5.05.1970 >>

11.095.104-00

ASSINATURA DO DIRETOR

11.095.104-00

Documentos de identificacao

001/1506-8
28 JUN 1998
BANCO DO BRASIL
40390/2493
Grub4 (PE)

711295104 68

MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

27.03.70

Mário Francisco de Melo Oliveira

PROIBIDO PLASTIFICAR

1754797368

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1754797368

bio-fornite de adalberto

LIBERTAD, PE

DATA EMISSÃO: 09/07/2008

744332108

780800388

PAULO FRANCISCO DE MOTA OLIVEIRA

CPF: 711.338.164-48

DATA NASCIMENTO: 02/03/1977

ENDEREÇO: RUA OLIVEIRA

CIDADE: OLIVEIRA

UF: PE

DATA EMISSÃO: 09/07/2008





MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 48585 Série 00027



Polegar Direita



Assinatura do Funcionário
Mário Francisco de
Melo Oliveira

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Mário Francisco de
Melo Oliveira
Loc. Nasc. Barr. Jardim
Est. PA Data 27/03/70
Filiação M. Francisco de
Oliveira Filho e A. da Silva
M. Oliveira de Melo Oliveira
Est. Civil Solteiro Doc. Nº
Fls. 1 Liv. 1 Reg. Civil
Outro doc.
Situação Militar: Doc. Cert. de Dispens. ex.
Nº 410.76.90 2ª ESME
Naturalizado Doc. Nº 1 Em 1

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. Nº 1 Exp. em 1
Estado 1
Obs.
Data Emissão 20.8.87 DRT
Guilherme B. Camacho
Assinatura do Funcionário

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014803257481
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 204568919 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
THAYS DA SILVA OLIVEIRA

OROBÓ-PE

CPF / CNPJ
100.413.254-94

PLACA
KGP0856

PLACA ANT. / UF
***** PE

CHASSI
9C2KD0510AR014409

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL
ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/NCR150BROS MIX ESD

ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP. POT. CIL
2E/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

1. *****
2. *****
3. *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
80.11

IOF (R\$)
0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
84.58

DATA DE PAGAMENTO
27/02/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

OROBÓ

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DATA
09/03/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PLACAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014803257481 BILHETE DE SEGURO DPVAT
THAYS DA SILVA OLIVEIRA

55745-000

CASA OROBÓ-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
09/03/19

VIA 1 CPF / CNPJ 100.413.254-94

PLACA
KGP0856

RENAVAM
204568919

MARCA / MODELO
HONDA/NCR150BROS MIX ESD

ANO FAB.
2010

DATA
09

CHASSI
9C2KD0510AR014409

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05 (R\$)

4.01 (R\$)

40.06 (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4.15

IOF (R\$)
0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
84.58

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
27/02/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434192/19

Vítima: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

CPF: 711.295.104-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: MARIO FRANCISCO DE
MELO OLIVEIRA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA : 711.295.104-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA
CPF: 711.295.104-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA

Patrícia Aleixo Silva



SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Mário Francisco de Melo Oliveira

DATA DO ACIDENTE 01/09/19 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 711.295.104-68

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)

☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)

☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não

☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.

☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☒ CPF da vítima (cópia simples)

☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)

☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

☐ pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).

☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)

☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 711.295.104-68

E-mail: clayde.marques@pvhoo.com.br Tel.: 081-99993-2863

Data: 25/11/2019 Assinatura: Mário Francisco de Melo Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC DOM JARDIM

Atendente: ELAYNE PEREIRA Matrícula: 8881752

Data: 25/11/2019 Assinatura: [Assinatura]



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPIRAÇÃO

8.745.704

17/04/2009

NOVE

<< THAYS DA SILVA OLIVEIRA >>

FLUÍDU

<< MÁRIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA >>

<< SANDRA MARIA DA SILVA >>

NACIONALIDADE

OROBO - PE

DATA DE NASCIMENTO

22/02/1993

DOT. UNICEM

<< CN 13187 L 12 F. 269 CART. OROBO - PE

17.12.1993 >>

04

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/02/33

F-73.67.071 - 4377

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE JUSTIÇA DE

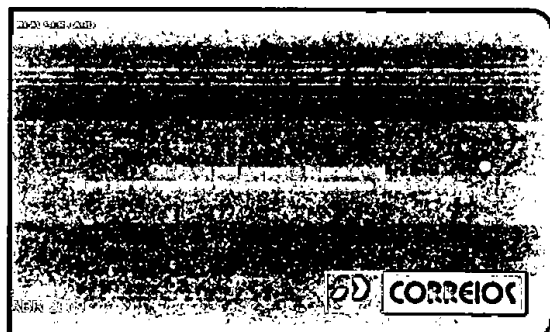
INSTITUTO DE REGISTRO E CARTÓRIAS - IRE

08W-35

RECADENSO

THAYS DA SILVA OLIVEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

100.413.254-94

Nome

THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Nascimento

22/02/1993



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678595 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA BILATERAL, MAXILA E CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO. PG. 6
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO. PG. 7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - TORNOZELO. PG. 9; DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678595 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO FRANCISCO DE MELO OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA BILATERAL, MAXILA E CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO. PG. 6
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO. PG. 7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - TORNOZELO. PG. 9; DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

