

IENTE.

ENDENCIAS / EAT



HOSPITAL DE JABOATÃO

Av. General Manoel Rabelo - Nº 126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

Unidade: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Data: 21/06/2018 13:03:58

13:03

Sumário de Admissão e Alta

Nome: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

Prontuário: 753267

Assistência: 164244

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 12 - LEITO 01

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DIAFISE DE FEMUR DIREITO

CID: S723

Procedimento Solicitado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

01. Cirurgião: HERMES WAGNER

02. 1. Auxílio Cirúrgico: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

03. 2. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. 4. Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☒ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti -- Rh

☒ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde
DEOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Auditora SUS - CRM: 8922
CPF: 296.725.884-49

Resumo do Caso: PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Diagnóstico Secundário:

Motivo de Alta:

Data de Internação: 19/06/2018

Data da Alta: 23/06

Dias de Hospitalização:

dia (s).

Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM: 23550

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Av. General Manoel Rabelo - Nº 126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 164244

Nascimento: 21/02/1989

Responsável:

Prontuário: 753267

Sexo: Masculino

Nome: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

Data e Hora do Atendimento: 19/06/18 15:24:48

Idade: 29 Anos, 3 Meses e 29 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 08260185482

Identidade: 7348904

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA DE SANTANA

Nome do Pai: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA DE SANTANA

Endereço: RUA SAO ROBERTO, AREEIRO, CEP: 54762605, Nº 116, CAMARAGIBE - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 12 - LEITO 01

Médico: AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 4 DIAS COM FRATURA DE FEMUR DIREITO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR 2T BNF S/S

AP - RESPIRATORIO:

MV+AHT SEM RA

ABDOMEN:

PLANO, INDOLOR

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

NDN

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE FEMUR DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

Prontuário: 753267

Atendimento: 164244

Unidade de Internação / Leito: ENF 12 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Idade: 29 Anos, 4 Meses e 0 Dia

Diagnóstico Pré Operatório: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s):

Tb Cirurgico de fratura exp/assise do fêmur D

Data: 21/06/2018

01. Cirurgião: HERMES WAGNER

02. 1. Auxílio Cirúrgico: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

03. 2. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Instrumentador:

05. Anestesia: RAQUI ANESTESIA

06. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUI ANESTESIA
ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS
INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL EM QUADRIL D
ABERTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
INCISAO EM TOPOGRAFIA LATERAL DE COXA
VISUALIZAÇÃO E REDUÇÃO DA FRATURA
FIXAÇÃO COM HIMB
BLOQUEIO DISTAL COM 02 PARAFUSOS
BLOQUEIO PROXIMAL COM 01 PARAFUSO
COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
LAVAGEM COM SORO
SÍNTESE POR PLANOS + CURATIVO

OBS: UTILIZADO RADIOSCOPIA NA CIRURGIA

Leonardo Costa Gonçalves
Medico
CRM: 23550

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

RECEITUÁRIO

NOME: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

(20 SESSÕES)

CID 10:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> S42.0 | <input type="checkbox"/> S52.4 | <input type="checkbox"/> S82.2 |
| <input type="checkbox"/> S42.2 | <input type="checkbox"/> S72.9 | <input type="checkbox"/> S82.3 |
| <input type="checkbox"/> S42.3 | <input type="checkbox"/> S72.3 | <input type="checkbox"/> S82.6 |
| <input type="checkbox"/> S42.4 | <input type="checkbox"/> S82.0 | <input type="checkbox"/> S82.5 |
| <input type="checkbox"/> S82.5 | <input type="checkbox"/> S82.1 | <input type="checkbox"/> Outro: S722 - CARGA PARCIAL COM 1 MULETA |

ENCAMINHAR - SE AO POSTO DE SAÚDE PRÓXIMO AO DOMICÍLIO OU ORGÃO RESPONSÁVEL
PARA MARCAR CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA.

DATA: 27/09/2018

MÉDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

CRM - 23550


Dr. Elder Carvalho
Médico
CRM/PE 22073

RECEITUÁRIO

NOME: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

(20 SESSÕES)

CID 10:

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> S42.0 | <input type="checkbox"/> S52.4 | <input type="checkbox"/> S82.2 |
| <input type="checkbox"/> S42.2 | <input type="checkbox"/> S72.9 | <input type="checkbox"/> S82.3 |
| <input type="checkbox"/> S42.3 | <input checked="" type="checkbox"/> S72.3 | <input type="checkbox"/> S82.6 |
| <input type="checkbox"/> S42.4 | <input type="checkbox"/> S82.0 | <input type="checkbox"/> S82.5 |
| <input type="checkbox"/> S52.5 | <input type="checkbox"/> S82.1 | <input type="checkbox"/> Outro: |

**ENCAMINHAR - SE AO POSTO DE SAÚDE PRÓXIMO AO DOMICÍLIO OU ORGÃO RESPONSÁVEL
PARA MARCAR CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA.**

• DATA: 05/07/2018

MÉDICO: LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

CRM - 23550

Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM 23550

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

USO ORAL

1. DÍPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. AAS 100mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO APÓS ALMOÇO POR 45 DIAS
4. CEFALOXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

DATA: 22/06/2018

Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM 2550

ASSINATURA E CARIMBO

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

USO ORAL

ORIENTAÇÕES:
USO DE 2 MULETAS PARA DEAMBULAÇÃO

DATA: 22/06/2018

Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM 23550

ASSINATURA E CARIMBO

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA	
CRM: 23550	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 22/06/2018

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Leonardo Costa Gonçalves
do CRM 23550

Identificação do Paciente	
Nome: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR	
Endereço: RUA SAO ROBERTO, AREIRO, CEP: 54762605, Nº 116, CAMARAGIBE - PE	
Prescrição: PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG) ----- 02 CAIXAS	
TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	

Identificação do Comprador		
Nome:	RG:	
	Org. emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	
Data: / /	

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA	
CRM: 23550	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Leonardo Costa Gonçalves
CRM: 23550
Ass. do médico

Identificação do Paciente	
Nome: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR	
Endereço: RUA SAO ROBERTO, AREEIRO, CEP: 54762605, Nº 116, CAMARAGIBE - PE	
Prescrição: CIPROFLOXACINO 500MG.....28 CP TOMAR 01 CP 12/12H POR 14 DIAS	

Identificação do Comprador		
Nome:	RG:	
	Org. emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	Data: / /

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DATA DE INTERNAMENTO: 19/06/2018

DATA DA CIRÚRGIA: 21/06/2018

DATA DE ALTA: 23/06/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 05/07/2018

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. HERMES WAGNER

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 22 DE JUNHO DE 2018

MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE
OLIVEIRA



Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM 23550

ORTOPEDIA

ANEXO I

507.2
Série 458789

Luf 12-1

		Ministério da Saúde	Secretaria de Saúde Pernambuco			LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação de Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO				0 0 0 0 6 5 5			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE João Batista de Santana Junior				1037134			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				08 - DATA DO NASCIMENTO 21/11/89		09 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria da Lourdes Calveira de Santana				11 TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE			
12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, BAIRRO) Rua Dr Roberto 1416 Bairro: Azeiteiro							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Camutanga - PE				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF PE	
16 - CEP							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Distúrbio de acidente motorizado com trauma físico de cora (D). Ao lado apresenta fratura de fêmur (D)							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO As acima citadas							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Ampliação da fratura de fêmur (D) de imagem							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de fêmur (D)		21 - CID, 10 PRINCIPAL		22 - CID, 10 SECUNDÁRIO		23 - CID, 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Art. de fêmur (D)				25 - Cód. DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA Traumatologia		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO () CNS () CPF		28 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE Luan Antunes Martins Macedo Ortopedia / Traumatologia CREMEPE: 26469				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18/06/18		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO) Luan Antunes Martins Macedo Ortopedia / Traumatologia CREMEPE: 26469	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ DA EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - Cód. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO) Secretaria de Saúde - PJGP DGOS - Gerência de Controle e Avaliação Maria Cecília Mac Dowell Dourado Medica Auditora SUS - CRM: 8922 CPF: 296.726.804-49					

Cod. 0047

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: João Batista de Santana JuniorREGISTRO: 753267 DATA DE NASCIMENTO: 21 / 02 / 1989RG: 7348904 ORGÃO EMISSOR: SDS / PEENDEREÇO: Rua: São Roberto nº 116 Bairro
AreiroNOME DA MÃE: Maria de Lourdes Oliveira de SantanaDATA ADMISSÃO: 19 / 06 / 2018 DATA ALTA: 23 / 06 / 2018DATA DO PROCEDIMENTO: 21 / 06 / 2018 CID: S 72.3DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise do Fêmur
DireitoTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura Diáfisária do Fêmur
DireitoMÉDICO: Hermes WagnerCREMEPE: 8963JABOATÃO DOS GUARARAPES, 05 DE Julho DE 2018
Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM 23550



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 986716/2018.

NOME: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR.

Foi atendido às 23h02 do dia 15.06.2018.

Diagnóstico provável: Politrauma
Fratura diafisiária de fêmur (D) (fechada)
Cedência infixo carro.

Tratamento realizado: TAC de crânio e coluna cervical
RX de tórax, pelve e fêmur (D)
Tração translucal mid.
Reabilitação
Trat. de suporte aleatório.

Obs. Transferido para Hosp. Memorial de
Jaboatão em 19.06.2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 30.07.2018

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



Paciente: JOÃO BATISTA DE SANTANA JÚNIOR
Prontuário: 00180432
Exame(s): RX ESCANOMETRIA
Médico(a) Solicitante: NÃO INFORMADO
Data: 14/12/2018

ESCANOMETRIA DE MEMBROS INFERIORES

Escanometria de membros inferiores segundo o método de Farril evidencia as seguintes medidas:

Membro inferior direito:

Fêmur: 13,5cm.
Tíbia: 9 cm.

Membro inferior esquerdo:

Fêmur: 17 cm.
Tíbia: 9 cm.

IMPRESSÃO: O exame escanométrico demonstra que o MMII direito apresenta-se encurtado em relação ao contra lateral em cerca de 3,5cm, a custa do fêmur direito.

DR. ADRIANO ROCHA DE SÁ
CRM- PE 16089



UNIDADE RECIFE
Av. Caxangá, nº 2351 • Cordeiro
Recife/PE • CEP: 50 721-000



55 81 2011 0400



www.okdoutor.com

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

João Batista de Santana Junior

CPF da Vítima

082601854-82

Data do Acidente

15/06/2018

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.

CONFERE COM
O ORIGINAL

Caxipema, 18 de Julho de 2018

Local e Data

João Batista de Santana Junior





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 094.07.2018
EM: 30.07.2018

Atendendo ao requerimento do Sr. **ERALDO JOSÉ SIMÃO**, portador do Documento de Identidade nº **4672929** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **906.303.194-72**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-490311**, que no dia 15 de junho de 2018, o paciente Sr. **JOÃO BATISTA DE SANTANA JUNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **7348904** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **082.601.854-82**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 22h20, na Avenida Henrique Dias, nas imediações do Colégio da Polícia Militar, Derby, Recife/PE e, em seguida, direcionado ao Hospital da Restauração. Recife, 30 de julho de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife
Sergio Parente Costa
Dr. **Sergio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



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, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO ROBERTO, 116 - A

CPF 082.601.854-82

AREIRO/CAMARAGIBE
CAMARAGIBE PE
54782-605

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7016020235	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
29/10/2018	22/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	38,93

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
036344993	UNICA	22/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
22/10/2018	2013167245	5847732

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	45,0000000	0,73089368	32,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,15
ICMS Subvenção CDE-NF 028948483-22/08/18			0,52
Multa por atraso-NF 032683935 - 20/09/18			1,33
Juros por atraso-NF 032683935 - 20/09/18			0,42
Atualização IGPIM-NF 032683935 - 20/09/18			0,63

TOTAL DA FATURA 38,93

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
314071835	L2	20/08/2018	3.949,04	22/10/2018	3.994,04	32	1,0000		45,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO kWh
OUT 18 45
SET 18 51
AGO 18 80
JUL 18 126
JUN 18 79
MAI 18 52
ABR 18 86
MAR 18 74
FEV 18 98
JAN 18 101
DEZ 17 98
NOV 17 51
OUT 17 51

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	36,00	25,00
PIS	36,00	0,63
COFINS	36,00	1,07

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	12,76	35,41%
Transmissão	1,55	4,30%
Distribuição (Celpe)	7,27	20,18%
Perdas de Energia	2,26	6,33%
Encargos Setoriais	1,87	5,19%
Tributos	10,30	28,59%
Total	36,03	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (kWh) 0,52156000

RESERVAÇÃO FISCAL

10822 C2B4 9043 A4D4 3ABD 1B32 AEF7 B637

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você (gratuito e laborioso) ou pelo site www.celpe.com.br. Não pague no ponto de venda de mercadorias da gel. sua data de validade no 16 para o bairro novo do carmelito, sua validade completa em www.celpe.com.br. Sua data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é responsável quando há interrupção no fornecimento individual ou em lote de tensão de fornecimento. Pague, em atraso, multa 2% (Res 414/2010), juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no índice IGPIM. O cliente é responsável quando há descumprimento do prazo de fatura para o padrão de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços e condições de utilização de energia em a disposição, para consulta, em moedas e unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APLICADO	VALOR ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
CAMARAGIBE	ago/2018				
DIC	0,00	5,19	10,38	30,77	
FEV	0,00	3,38	6,60	13,20	
DMIC	0,00	2,98	0,00	0,00	

Limite DCE: 12,23 EUSD - Valor do Encargo de Uso no Sistema de Distribuição - R\$ 12,38

NÍVEL DE TENSÃO

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

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

313-870959024-0

09/Nov/2018

HORA DF 15:01:25

OT. 15.017781-0

TERM 022418

LOCALIDADE: OLINDA

AG. VINCULADA: 3250

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 38,93

838400000006 389300110074
016020235187 154431504232

313-870959024-0

19 VIA

 <p>3456-4500 / 3458-5891</p> <p>OBSERVAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none">• COMPAREÇA NO DIA MARCADO COM ESTE CARTÃO.• EM CASO DE DÚVIDA, COMPAREÇA OU TELEFONE.• SE NÃO PUDER COMPARECER NO DIA MARCADO, LIGUE PARA O NÚCLEO. 	<p><i>Martoni</i></p>  <p>PREFEITURA DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE</p> <p>CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <table border="1"><tr><td>NOME:</td><td><i>João Batista</i></td></tr><tr><td>Nº DE REGISTRO:</td><td><i>9886</i></td></tr><tr><td>DATA DE REGISTRO:</td><td><i>16/10/18</i></td></tr></table>	NOME:	<i>João Batista</i>	Nº DE REGISTRO:	<i>9886</i>	DATA DE REGISTRO:	<i>16/10/18</i>
NOME:	<i>João Batista</i>						
Nº DE REGISTRO:	<i>9886</i>						
DATA DE REGISTRO:	<i>16/10/18</i>						

APRAZAMENTO				APRAZAMENTO			
DIA	HORA	MÉDICO/TECNICO	RUBRICA	DIA	HORA	MÉDICO/TECNICO	RUBRICA
11.09		Fino	d	24.10		Fino	d
12.09		"	d	30.10		d	d
17.09		"	d	31.10		Fino	d
19.09		"	d	07.11		"	d
02.10		"	d	12.11		"	d
03.10		"	d	14.11		"	d
10.10		"	d	21.11		"	d
15.10		"	d	26.11		"	d
17.10		"	d	11.12.18		"	d
23.10		"	d	03.12.18		"	d

APRAZAMIENTO				APRAZAMIENTO			
DIA	HORA	MÉDICO/TECNICO	RUBRICA	DIA	HORA	MÉDICO/TECNICO	RUBRICA
19/12/18	08:00	S. SOLA	Exo/R				
04/01/19	08:00	GRUPO					
18/12/18		Finis	d				
19/12/18		II	d				
26/12/18		II	d				
09/01/19		II	d				
14/01/19		II					

CONFERE COM
O ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127005398**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2018** às **13:55**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **15/6/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE DERBY (BAIRRO), 1 - Bairro: DERBY - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOÃO BATISTA DE SANTANA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO BATISTA DE SANTANA JUNIOR**



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

JOÃO BATISTA DE SANTANA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DE SANTANA Data de Nascimento: 21/2/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 116, RUA SÃO ROBERTO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO BATISTA DE SANTANA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO BATISTA DE SANTANA JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCD5915 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2KD0810FR448878**

Complemento / Observação

INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEICULO DE PLACA NÃO ANOTADA, SOFREU FRATURA NO FEMUR DA PERNA DIREITA, NA OCASIÃO FOI SOCORRIDO, POR UNIDADE MÓVEL

DO SAMU AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, CONFORME ATEWNDIMENTO 986716/2018, DATADO DE 15/06/2018,, PROCEDIMENTO MÉDICO ANEXO.

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

João Batista de Santana Junior

**JOÃO BATISTA DE SANTANA JUNIOR
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE PEREIRA DE SOUZA** - Matrícula: **3811085**

CONFERE COM
O ORIGINAL



Nome: JOAO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

Atendimento: 193995

Idade: 29 Anos, 10 Meses e 20 Dias

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Usuário Logado: HERMES WAGNER

Data: 10/01/2019 10:35:

Prontuário: 753267

Leito Obs:

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

Descrição:

LAUDO MÉDICO

O Paciente em tela, acima citado, apresenta dor em cotos direitos, torção e quadril do mesmo lado.

FEZ ESCANOMETRIA DOS MEMBROS INFERIORES QUE MOSTRA DISCREPÂNCIA DE - (MENOS) 3,5 CENTÍMETROS A DIREITA, FATOR QUE ACREDITAMOS SER O FATOR DESMORFANTE DA DOR (SOBRECARGA) ESSA SÍNDROME É DEFINITIVA

Jaboatão dos Guararapes,

10/01/2019 10:35:30

Dr. Hermes Wagner
Ortopedia
CRM - 8963/PE

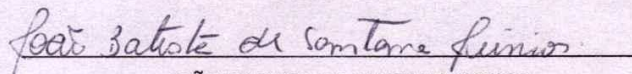
Médico: HERMES WAGNER
Conselho: 8963

Hermes Wagner

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA PARA FINS JUDICIAIS

Eu, **JOÃO BATISTA DE SANTANA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade sob o nº7348904 SDS/PE e CPF sob o nº082.601.854-82, residente e domiciliado à Rua São Roberto, nº116 – Areeiro – Camaragibe/PE, CEP nº 54.762-605, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, não dispor de recursos suficientes para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios, para propositura de qualquer demanda judicial, sem prejuízo do próprio sustento e da minha família, necessitando, portanto, de concessão dos benefícios da Gratuidade da Justiça, compreendendo todos os atos processuais até decisão final do litígio, em todas as instâncias, nos termos do artigo 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal - CF c/c arts. 98 e 99 do Código de Processo Civil - CPC.

Camaragibe/PE, 10 de Janeiro de 2019.



JOÃO BATISTA DE SANTANA JUNIOR

CPF/MF nº 082.601.854-82



EXMO(A). SR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA ° VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE.

JOÃO BATISTA DE SANTANA JUNIOR, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade sob o nº7348904 SDS/PE e CPF sob o nº082.601.854-82, residente e domiciliado à Rua São Roberto, nº116 – Areeiro – Camaragibe/PE, CEP nº 54.762-605, vem, respeitosamente, por suas advogadas, infra-assinadas, devidamente constituídos pelo instrumento de procuração em anexo, com escritório situado na Rua Santa Diamantina, nº 98 Sala A, Timbi, Camaragibe/PE, onde devem receber as intimações referentes a este processo, propor a presente:

AÇÃO ORDINÁRIA INDENIZATÓRIA DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT.

Com fulcro nas Leis nº 6.194/74 e 11.482/2007, que dispõem sobre Seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, Complemento 5, 6, 9, 14 e 15 Andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-205, pelas razões fáticas e seus alicerces que ora passa a explicar:

PRIMEIRO – PRELIMINARMENTE

O Requerente declara em sua consciência que não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família.

É de ordem pública o princípio da gratuidade da justiça àqueles que não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família nos termos da [Lei nº1.060](#), de 05 de Fevereiro de 1950, nos seus artigos [2º](#), [parágrafo único](#); [3º](#) e [4º](#).

Diante do exposto, o benefício da assistência judiciária gratuita, é garantido constitucionalmente, portanto, o Requerente desde já requer este benefício, uma vez que não tem condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família.

1 de 6

Rua Santa Diamantina nº 98 - A, Bairro Timbí, Camaragibe -PE, CEP nº 54.771-750.
floreleite.adv@gmail.com / (81) 9.8600-2691/9.9702-4154.



SEGUNDO - DAS SINÓPSE FATICAS

O requerente no dia 15 de junho de 2018, foi acometido de acidente, de transito, acidente este que resultou a invalidez do Requerente, por ter sofrido **fratura da diafase do fêmur direito**, fato este registrado junto à autoridade policial e laudos médicos, conforme documentação acostada com a exordial e laudo datado em 10 de janeiro de 2019, que declara ser definitivo e que o paciente ficou com discrepância de 3.5 cm a direita.

Verifica-se que o Requerente, até a presente data, encontra-se incapacitado para as ocupações habituais, e, conforme documentos encartados na exordial, são possíveis de se inferir a ocorrência dos danos sofridos pela mesma, sendo inconteste que, do acidente e do dano pessoal, lhe resultou a invalidez, por tratar-se de sequela definitiva.

Em face das despesas geradas pelo acidente acima mencionado, o Requerente procedeu com pedido administrativo do prêmio do seguro DPVAT, eis que, como é notório, o Seguro Obrigatório tem por finalidade da proteção financeira às vítimas de acidentes de trânsito, seja condutor, passageiro ou pedestre, compreendendo indenização por morte, invalidez e despesas de assistência médica e suplementar. Contudo, como já explicitado a Seguradora Lider, reconheceu o valor a menor, conforme, extrato bancário anexo.

Ora Exa., considerando que o Requerente sofreu **fratura da diafase do fêmur direito**, lesão esta considerada um trauma grave, sua invalidez perdura até a presente data, eis que sua movimentação não é mais a mesma e o médico já deixou claro que, trata-se de sequela definitiva.

Ressalte-se ainda que o Requerente, tentou vários contatos com a empresa Requerida para tentar receber o prêmio nos valores incluídos pela Lei 11.482/2007, tentativas que restaram infrutíferas, não restando outra opção senão ajuizar a presente ação de cobrança.

TERCEIRO – DO MÉRITO

É de logo importante salientar que, como já é de conhecimento do mundo jurídico, as seguradoras conveniadas com o seguro DPVAT dificultam o pagamento por via administrativa, solicitando vasta documentação e prorrogando ao máximo o valor da indenização devida, **ao passo que, quando pagam, não cumprem a legislação vigente. Logo, não está obrigado o Requerente a receber valor inferior ao legal, ficando assim explícito o INTERESSE DE AGIR.**

Apenas por amor ao debate e cautela processual, informa o Requerente que suscitar a falta de INTERESSE DE AGIR caracteriza total desentendimento com a Constituição Federal. Vejamos a Jurisprudência do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul:



-
- Nº: 121621999
 - RELATOR: JAMIL DE MIRANDA GEDEON NETO.
 - DATA DA PUBLICAÇÃO: 14/06/02.
 - ÓRGÃO JULGADOR: QUARTA CÂMARA CÍVEL.
 - PROCESSO: APELAÇÃO CÍVEL.

“EMENTA: CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO. AÇÃO DE REPARAÇÃO DE DANO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURO DPVAT. INTERESSE PROCESSUAL. LITIGÂNCIA DE MÁ-FÉ. LEGALIDADE DA PRETENSÃO. FIXAÇÃO DA CONDENAÇÃO EM SALÁRIOS MÍNIMOS. O Beneficiário do Seguro Obrigatório DPVAT tem interesse processual para a ação de cobrança direta contra a seguradora, independente de prévio requerimento do benefício pela via administrativa. A interpretação dada a lei pelo réu, em defesa do seu direito, não configura hipótese ensejadora da litigância de má-fé. **A indenização por acidente de veículo, pleiteada com base na cobertura do seguro obrigatório DPVAT é devida, independentemente da circunstância de haver sido pago ou não o prêmio a ele correspondente, a teor da orientação sumulada o STJ, cabendo ao requerente, apenas o ônus de provar a existência do sinistro e a sua condição de beneficiário.** Recurso improvido por unanimidade”.

Isto posto, registre-se que o Requerente promove a presente ação com esteio no que determina o inciso I do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74, que se refere à porcentagem dos valores a serem pagos a título de indenização do Seguro DPVAT nos casos de invalidez, ou seja, **o caso do Requerente se enquadra na Tabela anexada a referenciada Lei no que tange ao recebimento de 100% do valor máximo do seguro, eis que houve prejuízo funcional no corpo do Requerente devido a lesão sofrida, estando o mesmo sem a mobilidade de praxe e de forma definitiva, conforme laudo em anexo.**

Veja-se que a aludida Lei, nos artigos acima referenciados, está amplamente em consonância com o caso em tela:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, ou total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

...

II – até 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente...

...



§1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I – quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, **correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura...**

A situação clínica do Autor se enquadra na tabela anexada à referida Lei no percentual de 100% do teto máximo para indenização. Todavia, sem qualquer fundamento legal, a empresa Ré sequer considerou a porcentagem inferior quanto ao valor indenizatório, eis que a tabela constante da Lei é explícita quanto a essa porcentagem nos casos de Perda Anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores/ou de uma das pernas, conforme tabela constante da referenciada Lei e abaixo descrita:

ANEXO

(Incluído pela Lei nº 11945, de 2009)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
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	

4 de 6



comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das perdas
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda Anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	50
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé.	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

O Requerente está impossibilitado de exercer atividades mais bruscas, encontrando-se permanentemente inválida, fato que não foi considerado pela Empresa Requerida quando negou-lhe o pagamento do referenciado Seguro.

Sendo assim, o Requerente faz jus ao Recebimento do valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), vez que se encontra permanentemente inválida para as ocupações habituais.

Por fim, para fazer jus a tal indenização, o Requerente apresenta o rol de documentos exigidos pela Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 e suas alterações, donde será efetuado o pagamento mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa. (grifo posto).



QUARTO - DOS REQUERIMENTOS

Por todo o exposto, requer de V. Exa.:

a) Seja deferida a gratuidade da justiça requerida;

b) Seja determinada a **CITAÇÃO da REQUERIDA**, pelos correios, no endereço inicialmente indicado, quanto a presente ação, sendo esta realizada por **via postal (SEED)** – visando maior economia e celeridade processual, **para que, perante esse Juízo, apresente a defesa que tiver, dentro do prazo legal**, sob pena de confissão quanto à matéria de fato **ou** pena de revelia, com **designação de data para audiência a critério do D. Juízo**;

c) **Seja julgada procedente a presente ação de cobrança em todos os seus termos**, condenando-se a empresa Requerida ao pagamento do valor de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**, a título de indenização pelo seguro obrigatório DPVAT, considerando a invalidez permanente da requerente, enquadrando-se o mesmo na tabela constante da Lei 6.194/74 e suas alterações, para recebimento de 100% da porcentagem do teto máximo oferecido pelo seguro;

d) Caso não seja este o entendimento de V. Exa., seja declarado que a Requerente faz jus ao recebimento do valor correspondente a 70% do teto concedido pela tabela anexada a Lei 6.194/74 já mencionada, condenando a empresa Requerida ao pagamento do valor de **R\$ 9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**.

e) Incluir na esperada condenação da Ré, a incidência juros e correção monetária na forma da lei em vigor, **desde sua citação**.

Protesta e de logo requer provar o alegado por todos os meios de prova em direito permitido, principalmente pelo depoimento pessoal do representante da Demandada, juntada posterior de documento, oitiva de testemunha e demais provas em direito permitido.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**,

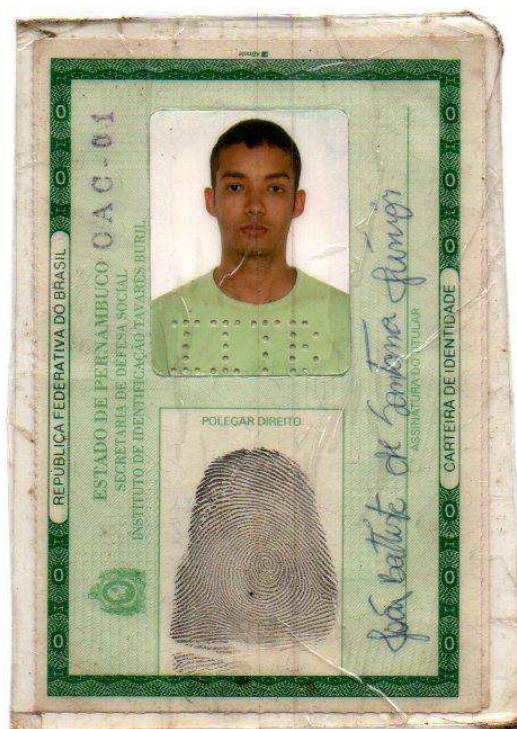
Termos em que,

pede deferimento.

Recife, 11 de Janeiro de 2019.

Katarina Flôr

OAB/PE nº40.207- D



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	7.348.904
DATA DE EXPEDIÇÃO	31/08/2009
NOME	<< JOÃO BATISTA DE SANTANA JÚNIOR >>
FILIAÇÃO	<< JOÃO BATISTA DE SANTANA >> << MARIA DE LOURDES OLIVEIRA DE SANTANA >>
NATURALIDADE	CAMARAGIBE - PE
DATA DE NASCIMENTO	21/02/1989
DOC ORIGEM	<< CN 23130-L20 A-F192 CART. SEDE CAMARAGIBE PE 24.02.1999 >>
CNPJ	082.601.854-82
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
F-35 76.190 - 4331	