



Número: **0027371-38.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|----------------|
| ANTONIO JOSE DOS SANTOS (AUTOR) | | Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO) | |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 55476078 | 13/12/2019 09:35 | 2605428_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01 | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00273713820198172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO JOSE DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Cabe ressaltar que a parte autora moveu administrativamente pedido de indenização, sendo apurada lesão em membro inferior esquerdo com repercussão leve (25%):

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO****Número:** 3180374837**Cidade:** São José do Egito**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** ANTONIO JOSE DOS SANTOS**Data do acidente:** 14/05/2017**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA****Data da análise:** 17/12/2018**Valoração do IML:** 0**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA TRANSTROCANTERICA E DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**Documentos complementares:****Observações:****DANOS**

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

Ocorre que, após deferida a produção de prova pericial, foi elaborado o laudo em apreço sendo apurada lesão em membro inferior esquerdo com repercussão média (50%).

Todavia, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.



Outrossim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 12 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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





Número: **0027371-38.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|--|--------------------|
| ANTONIO JOSE DOS SANTOS (AUTOR) | | Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO) | |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 55476079 | 13/12/2019 09:35 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA JOSE G. F. LIMA - 1804 - CENTRO - RECIFE-PE 55070-000

DADOS DO CLIENTE
FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO (MATRICULA: 41228) - 15/11/1973
R. BOM JESUS, COMPESA 00059 - CENTRO SAG JOSE DO EGITO PE 56700-000
INSCRIÇÃO: 156.814.076.0001-450 GRUPO: 11 DE AUTOMÁTICO: 423159562

| SITUAÇÃO AGUA | SITUAÇÃO ESGOTO | RESIDENCIAL | QUANTIDADE DE ECONOMIZAS | PÚBLICA |
|---------------|---------------------|------------------|--------------------------|---------|
| LIGADO | POTENCIAL | 1 | COMERCIAL INDUSTRIAL | |
| HIDRÔMETRO | DATA LEIT. ANTERIOR | DATA LEIT. ATUAL | TIPO DE CONSUMO (AVE) | REAL |
| 412285271 | 06/07/2018 | 06/07/2018 | | |

AGUA:
LEIT ANT: 559 CONSUMO: 2
LEIT ATU: 561
LEIT FAT: 561

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

| | | PARÂMETROS | MÉTODO DE AMOSTRAS | | | |
|---------|----|----------------|--------------------|----------|----------|----------|
| | | | EXIG. PORT. | ANÁLISES | ATENDIM. | A LEGIS. |
| 06/2018 | 08 | | H2 2.914/11 | REALIZ. | | |
| 05/2018 | 08 | TURBIDEZ | 42 | 42 | 42 | |
| 04/2018 | 09 | COR APARENTE | 42 | 42 | 42 | |
| 03/2018 | 07 | COLOR RESIDUAL | 42 | 42 | 42 | |
| 02/2018 | 07 | KOLIF. TOTAIS | 42 | 42 | 42 | |
| 01/2018 | 08 | | 42 | 42 | 42 | |
| MEDIA: | 08 | | | | | |

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| AGUA | CONSUMO | TOTAL (R\$) |
|--------------------------|---------|-------------|
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | 2 M3 | 41,30 |

| IMPOSTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPOSTO |
|----------|-----------------|----------------|------------------|
| ISS | 41,30 | 1,65 | 6,80 |
| ICMS | 41,30 | 7,60 | 3,14 |

VENCIMENTO: 20/08/2018 TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374837 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERICA E DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374837 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERICA E DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



PROCURAÇÃO

Outorgante: Antônio José dos Santos brasileiro(a), estado civil casado, profissão Padreiro, residente e domiciliado à Rua/Av. Rua Nuzinete Silva Macedo nº 162 bairro planalto município de São José do Egito ..., Estado de(o) Pernambuco Portador(a) do RG nº 7468295 SSP/ PE e CPF nº 064.237.864-96

Outorgado: **FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO**, brasileiro estado civil casado profissão Militar, residente e domiciliado a Rua Bom Jesus nº 59 bairro Novo Horizonte Município de São José do Egito-PE, CEP: 56700-000 Fone 87 999075800 Tim 988324037 Portador da Carteira de Identidade RG nº 7.650.438 SDSPE- e CPF Nº 931.101.894-53.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do Sinistro que vitimou Antônio José dos Santos em acidente de trânsito o(a) Sr. (a) Antônio José dos Santos ocorrido em 15/05/2017 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representante o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar **Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/ Crédito de Sinistro DPVAT**, para o **pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

São José do Egito de 09 de Fevereiro de 2018

* Antônio José dos Santos

Outorgante

CPF nº 064.237.864-96

Obs: Reconhecer firma em Cartório por autenticidade ou verdadeira

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma de: (1)ANTONIO JOSE DOS SANTOS
Dou fe. São José do Egito, sexta-feira, 2 de março de 2018 - 10:35h
Em Testemunho
MÁRIA GENEVIA RAFAEL Especialista
Total: 4,79 R\$ VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896.0ER02201801.01526

Cartório 2º Ofício
Cartório de Notas
Rua Manoel Soares nº 32
São José do Egito - PE
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
Selo



PROCURAÇÃO

Outorgante: Antônio José dos Santos brasileiro(a), estado civil casado, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua/Av. Rua Mussunêz Silva Maciel nº 162 bairro Planalto município de São José do Egito Estado de(o) Pernambuco Portador(a) do RG nº 7468295 SSP/ PE e CPF nº 064.237.864-96

Outorgado: **FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO**, brasileiro estado civil casado profissão Militar, residente e domiciliado a Rua Bom Jesus nº 59 bairro Novo Horizonte Município de São José do Egito-PE, CEP: 56700-000 Fone 87 999075800 Tim 988324037 Portador da Carteira de Identidade RG nº 7.650.438 SDSPE- e CPF Nº 931.101.894-53.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do Sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr. (a) Antônio José dos Santos ocorrido em 15/05/2017 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representante o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar **Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/ Crédito de Sinistro DPVAT**, para o **pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

São José do Egito de 09 de Fevereiro de 2018

* Antônio José dos Santos

Outorgante

CPF nº 064.237.864-96

Obs: Reconhecer firma em Cartório por **autenticidade ou verdadeira**

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)ANTONIO JOSE DOS SANTOS
Dou fe. São José do Egito, sexta-feira, 2 de março de 2018 - 10:35h
Em Testemunho
MARIA GLENEVA RAFAEL Capelina de Verdade
Total: 4,79 \$ VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896.0ER02201801.01526

Cartório 2º Ofício
Cartório de Notas
Rua Manoel Soares nº 32
São José do Egito - PE
Tribunal Maria Gleneva Rafael
Subst. Maria Gleneva Rafael



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296463/18

Número do Sinistro: 3180374837

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

CPF: 064.237.864-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO : 931.101.894-53

Procuração

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: ANTONIO JOSE DOS SANTOS
CPF: 064.237.864-96

ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: LUIZ PHELIPE BRAGA COELHO
CPF: 907.829.682-87

LUIZ PHELIPE BRAGA COELHO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296463/18

Número do Sinistro: 3180374837

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

CPF: 064.237.864-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO : 931.101.894-53

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/12/2018
Nome: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO
CPF: 931.101.894-53

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: Juceleni Maria Braga
CPF: 514.196.101-04

Juceleni Maria Braga



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296463/18

Número do Sinistro: 3180374837

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

CPF: 064.237.864-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO : 931.101.894-53

Declaração Circular SUSEP 445/12

ANTONIO JOSE DOS SANTOS : 064.237.864-96

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/11/2018
Nome: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO
CPF: 931.101.894-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: Juceleni Maria Braga
CPF: 514.196.101-04

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

Juceleni Maria Braga



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180374837**

Vitima: **ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

Data do Acidente: **14/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180374837**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13237698

Pag. 00589/00590 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180374837**
Vítima: **ANTONIO JOSE DOS SANTOS**
Data do Acidente: **14/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180374837**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01505/01506 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13246653



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374837 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERICA E DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL:
 CPF da Vítima: 064.237.86496
 Nome completo da vítima: Antônio José dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL.

Nome completo: Antônio José dos Santos
 CPF titular da conta: 064.237.86496
 Profissão: Agricultor
 Endereço: Rua Missinete Silva Maciel, 162
 Complemento: Casa
 Cidade: São José do Egito
 Estado: PE
 CEP: 56700-000
 Telefone (DDD): (87) 988 324037

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 1296
 D/V:
 CONTA: 4818
 D/V: 1
 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO:
 Nome:
 NRO:
 AGÊNCIA:
 NRO:
 D/V:
 CONTA:
 NRO:
 D/V:
 (Informar dígito se existir)

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

São José do Egito - PE 01 de Junho de 2018
 Local e Data

x Antônio José dos Santos
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

F-APPF 001 V001/2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Numero do Sinistro ou ASL: **3180374837** CPF da Vítima: **064.237.86496** Nome completo da vítima: **Antonio José dos Santos**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Antonio José dos Santos** CPF titular da conta: **064.237.86496** Profissão: **Agricultor**
Endereço: **Rua Missinete Silva Marciel** Número: **162** Complemento: **Casa**
Bairro: **Planalto** Cidade: **São José do Egito** Estado: **PE** CEP: **56700-000**
E-mail: **fran730955@gmail.com** Telefone (DDD): **(87) 988324037**

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N°: **1296** D/V: **4818** D/V: **1**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ N°: _____
AGÊNCIA N°: _____ D/V: _____ CONTA N°: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

São José do Egito - PE 01 de Junho de 2018
Local e Data

x Antonio José dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017



JOSE ERISMAR FERREIRA SAMPAIO
EQUIPAGEM LINDALVA FERREIRA
SANTOS EDIVAN BRITO DE SOUZA
CORDEIRO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
JOSE JOAQUIM DOS SANTOS



EDIVAN BRITO DE SOUZA
MÃO INFORMADO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0258000760**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/06/2018** às
18:06

Complementa o BO Número: 17E0258000576

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **14/5/2017** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA 25 DE AGOSTO, 1, EM FRENTE AO
POSTO PETROVIA - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO
EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

WELLINGTON LOPES DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
JOSE ERISMAR FERREIRA SAMPAIO (TESTEMUNHA)
EDIVAN BRITO DE SOUZA (TESTEMUNHA)
ANTONIO JOSE DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ANTONIO JOSE DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
WELLINGTON LOPES DA SILVA

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

**WELLINGTON LOPES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
LUZIA LOPES DA SILVA Pai: JOÃO EDVANI FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento:
14/8/1991 Naturalidade: TUPARETAMA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 1, SÍTIO MULUNGU - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ANTONIO JOSE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA ALEXANDRINA DOS SANTOS Pai: JOSE JOAQUIM DOS SANTOS Data de Nascimento:
11/3/1978 Naturalidade: SANTA TEREZINHA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 167, RUA MISSINETE SOARES
- CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**



JOSE ERISMAR FERREIRA SAMPAIO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: LINDALVA FERREIRA SAMPAIO Pai: DAMIÃO SAMPAIO DA SILVA Data de
Nascimento: 17/4/1982 Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA ALTEMAR DUTRA, 230 - CEP: 0 - Bairro: SAO BORJA - SAO
JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL

EDIVAN BRITO DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

HONDA TITAN VERMELHA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): WELLINGTON
LOPES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): WELLINGTON LOPES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KHV1348 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

HONDA FAN PRETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDIVAN BRITO DE
SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO JOSE DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KPT8863 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

CONFORME APURADO, ACONTECEU ACIDENTE DE TRANSITO TIPO COLISÃO,
ENVOLVENDO DUAS MOTOCICLETAS NA AVENIDA 26 DE AGOSTO, PROXIMO A
ESCOLA MUNICIPAL NANA PATRIOTA, ONDE O SENHOR ANTONIO JOSE SEGUIA NA
AVENIDA 26 DE AGOSTO SENTIDO PERIFERIA - CENTRO, QUANDO FOI ABARROADO
EM SUA LATERAL PELA MOTOCICLETA PILOTADA POR WELLINGTON, QUE NÃO
POSSUI CNH, ONDE AMBOS CAIRAM NA VIA DE ROLAMENTO, WELLINGTON SOFREU
APEANAS ESCORIAÇÕES NAS MÃOS E ANTONIO JOSE APRESENTOU FRATURA NAS
PERNAS, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

B.O. registrado por: ADERSON RIBEIRO DA SILVA - Matrícula: 202518-6





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

Antonio José dos Santos

CPF da Vítima

064.237.86496

Data do Acidente

14/05/2017

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.

São José do Egito 01 de junho de 2018

Local e Data

Antonio José dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GALI001 V001/2017



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: Antônio José dos Santos CPF da Vítima: 064.237.864-96 Data do Acidente: 14/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
Email: Fran730gss@gmail.com Telefone (DDD): (71) 999075800

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.

São José do Egito 01 de Junho de 2018
Local Data

Antônio José dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANTONIO JOSE DO SANTOS
 Data Nasc.: 11/03/1978 Idade: 39 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 708700163151796
 Endereço: RUA DA CAVERNA Nº: 10
 Bairro: CENTRO Cidade: SAO JOSE DO EGITO Estado: PE
 CEP: 56700000 Fone: 98199918 Profissão: PEDREIRO
 Nome da Mãe: MARIA ALEXANDRINA DOS SANTOS
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 322770

Prontuário: 298281

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/05/2017 04:47

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

+ Coluna. Sínus de quela de mte com cap.
 Cte. Nega TC Apresentação dos na pte e coxa
 E. Nega outros sintomas

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

A - sem sinais patológicos 3. tórax estável. semitúrculo
 C - sem sangramento ativo D. apêndice 15
 E - motus report de pte e Abdomen flácido, mobiliz.

Diag. Provisório:

Ex report de pte E
 - A Ortopedia

Prescrição:

Dieta: _____

| Data | | Horário |
|----------|--------------------------|---------|
| 15/05/17 | (1) Ceftriaxona 2g EV | 06 |
| | (2) Tramadol 50mg + 50mg | 06 |
| | 500mg EV. | |
| | (3) Alk de Lix. Grel | |
| | (4) A Ortopedia | |



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 19/12/2018 |
|------------------------|------------|

| |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

| | |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.362,50 |
|--------------|----------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000004818-1

Nr. da Autenticação 7EEABA8E3AB0D9DF





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA JOSE G. F. LIMA - 1204 - CENTRO - RECIFE-PE 55030-000

DADOS DO CLIENTE
FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO (MATRÍCULA: 41228) - 15/11/1973
R. BOM JESUS, COMPESA 00059 - CENTRO SAG JOSE DO EGITO PE 56700-000
INSCRIÇÃO: 156.814.076.0001-450 GRUPO: 11 DE AUTOMÁTICO: 423159562

| SITUAÇÃO AGUA | SITUAÇÃO ESGOTO | RESIDENCIAL | QUANTIDADE DE ECONOMIZAS | PÚBLICA |
|---------------|---------------------|------------------|--------------------------|---------|
| LIGADO | POTENCIAL | 1 | INDUSTRIAL | |
| HIDRÔMETRO | DATA LEIT. ANTERIOR | DATA LEIT. ATUAL | TIPO DE CONSUMO (AVE) | REAL |
| 111005271 | 06/07/2018 | 06/07/2018 | | |

AGUA:
LEIT ANT: 559 CONSUMO: 2
LEIT ATU: 561
LEIT FAT: 561

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

| | | PARÂMETROS | NÍVEL DE AMOSTRAS | | | |
|---------|----|----------------|-------------------|----------|--------|----------|
| | | | EXIG. PORT. | ANÁLISES | ATEND. | A LEGIS. |
| 06/2018 | 08 | | H2 2.914/11 | REALIZ. | | |
| 05/2018 | 08 | TURBIDEZ | 42 | 42 | 42 | |
| 04/2018 | 09 | COR APARENTE | 42 | 42 | 42 | |
| 03/2018 | 07 | COLOR RESIDUAL | 42 | 42 | 42 | |
| 02/2018 | 07 | KOLIF. TOTAIS | 42 | 42 | 42 | |
| 01/2018 | 08 | | 42 | 42 | 42 | |

MEDIA: 08
Qualidade de Água: em conformidade com a
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COLI E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA

| CONSUMO | TOTAL (R\$) |
|---------|-------------|
| 2 m3 | 41,30 |

| IMPOSTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPOSTO |
|----------|-----------------|----------------|------------------|
| PS | 41,30 | 1,65 | 6,80 |
| CONSUMO | 41,30 | 7,60 | 3,14 |

VENCIMENTO: 20/08/2018 TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Francinaldo G. S. Souto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 93401894-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Jose dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.237.864-96, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Jose dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.237.864-96 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

☒ Declaro Profissão: Militar Renda: 4.290,63 e apresento os documentos comprobatórios: Demonstrativo de Pagamento

☐ Recuso informar

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

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

| | | | | | |
|----------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------|
| Endereço | <u>Rua Bom Jesus</u> | Número | <u>59</u> | Complemento | <u>Casa</u> |
| Bairro | <u>Novo Horizonte</u> | Cidade | <u>São José do Egito</u> | Estado | <u>PE</u> |
| CEP | <u>56400000</u> | Telefone residencial (DDD) | <u>87/980 32107</u> | Telefone celular (DDD) | <u>999075800</u> |
| E-mail | <u>fran730gss@gmail.com</u> | | | | |

São José do Egito PE, 13 de Agosto 2013.

Local e Data

Francinaldo G. S. Souto

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, Francinaldo G. da S. Souto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 93110189453, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Jose dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064237.864.96 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Jose dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.237.864.96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Militar Renda: 5.731,89 e apresento os documentos comprobatórios: Demonstrativo de pagamento

☐ Recuso informar

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

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

| | | | | | | |
|----------|----------------------|--|--------------------------|-------------------|------------------------|-----------|
| Endereço | Rua Bom Jesus | | Número | 59 | Complemento | casa |
| Bairro | Novo Horizonte | | Cidade | São José do Egito | Estado | PE |
| CEP | 56700-000 | | Telefone comercial (DDD) | 87999075800 | Telefone celular (DDD) | 988324037 |
| E-mail | fran730gss@gmail.com | | | | | |

São José do Egito - PE 12 de Dez. 2018
Local e Data

Francinaldo G. da S. Souto
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

Francinaldo G. da S. Souto
Procurador Intermediário





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
 CNPJ: 11433190000157

| | | | | | |
|--|----------------------|--------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|
| NOME FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO | | | MATRÍCULA 9306064 | | COMPETÊNCIA OUT/2018 |
| LOTAÇÃO 23 BPM 3 CPM SAO JOSE DO EGITO | | | IDENTIDADE 00000041228 PM PE | | ADMISSÃO 02/08/1993 |
| CARGO TERCEIRO SARGENTO | NÍVEL 001C | FUNÇÃO | NÍVEL | DEP.IR 1 | DEP 0 |
| BANCO/AGÊNCIA BRADESCO AFOG.DA INGAZEIRA(PE) | | CONTA 01001515 | CPF 931.101.894-53 | PERÍODO DE PAGAMENTO | |

| CÓD. | DESCRIÇÃO | REFERÊNCIA | VANTAGENS | DESCONTOS |
|------|--------------|------------|------------|------------|
| 3 | SOLDO | | \$4.712,27 | |
| 21 | V REFEICAO | 22,00 | \$246,40 | |
| 23 | GR LOC ESPEC | | \$19,62 | |
| 79 | PDS | | \$1.000,00 | |
| 240 | SUL AMERICA | | | \$21,79 |
| 268 | CAS | | | \$19,90 |
| 269 | SISMEPE | 4,00 | | \$188,49 |
| 282 | IRRF | | | \$479,10 |
| 327 | CARTAO BMG | | | \$196,85 |
| 373 | BC BRADESCO | | | \$603,62 |
| 397 | FUNAFIN | 13,50 | | \$638,81 |
| 661 | AD SAL-RS | | | \$1.000,00 |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| SALÁRIO (BASE) \$ 0,00 | SALÁRIO (HORA) \$ 0,00 | F.G.T.S. \$ 0,00 | TOTAL DE VANTAGENS \$ 5.978,29 | TOTAL DE DESCONTOS \$ 3.148,56 |
| BASE (INSS / IPSEP) \$ 4.731,89 | BASE (IMP.RENDA) \$ 5.731,89 | MARGEM CONSIGNÁVEL \$ 396,26 | LÍQUIDO | \$ 2.829,73 |

Mensagem: ATENÇÃO APOSENTADO E PENSIONISTA: NO PERÍODO DE 11 A 25 DO MÊS DE SEU ANIVERSÁRIO, COMPAREÇA A SUA AGÊNCIA DO BRADESCO

Código de autenticidade: **640990d08a54fc6855cba2328136382e991584e9902d31177e79bf43138a3565**

OBS: A autenticidade deste contracheque deverá ser confirmada na página do Portal do Servidor, ou clicando [AQUI](#)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Edivan Brito de Souza

RG nº 5969683 data de expedição 21/10/1999

Órgão SSP/PE portador do CPF nº 039.318.004-65 com

domicílio na cidade de Taquaritinga do Norte no Estado de

Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Jose Siervestre da Costa, Pão de Açúcar nº 05

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

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

vítima Antônio José dos Santos cujo o condutor era

Antônio José dos Santos

Veículo: Pas/Motocicleta

Modelo: Honda 125

Ano: 2008

Placa: FF-8863

Chassi: 9C2JC3070BR6037

Data do Acidente: 14/05/2017

Local e Data: Taquaritinga do Norte-PE, 08-05-2018



EDIVAN BRITO DE SOUZA

Assinatura do Declarante

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

Reconhecer por autenticidade

Cartório de Registro Civil e Tabelionato Distrital Pão de

Açúcar- Taquaritinga do Norte/PE. Bela. Maria Aparecida de

Alencar Oficial e Tabelião Distrital- Reconheço por

autenticidade a firma de EDIVAN BRITO DE SOUZA em 08/05/2018

às 14h:29 e dou fe. Selos: 0076356, S2003201801.00675 En test.

verdade. Escrevente Autorizada: Jeane Tavares Ferreira

Ivo Jean Carlos Ferreira Silva

mol. R\$3,59; TSN: R\$10,80; FERC: R\$10,40;

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL

PAO DE AÇÚCAR- TAQUARITINGA DO NORTE- PE

BELA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA TABELIA

JEANE TAVARES FERREIRA SILVA- ESCRIVENTE AUTORIZADA



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 322770 Prontuário: 298281

Nome: ANTONIO JOSE DO SANTOS
 Data Nasc.: 11/03/1978 Idade: 39 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 708700163151796
 Endereço: RUA DA CAVERNA Nº: 10
 Bairro: CENTRO Cidade: SAO JOSE DO EGITO Estado: PE
 CEP: 56700000 Fone: 98199918 Profissão: PEDREIRO
 Nome da Mãe: MARIA ALEXANDRINA DOS SANTOS
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/05/2017 04:47

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

+Elevada. Síncope de queda de um mês com perda
 de consciência. Não há apresentação de náusea e vômito
 E. Não há outros sintomas

Exame Físico:

PA: FC: FR:

A - sem sinais patológicos. 3. tórax estável. sem rales
 C - sem sangramento ativo. D. abdome 15
 E - não há sinais de fratura. Abdomen flácido, indolor.

Diag. Provisório:

Fr. exposta do punho E
 - A. Ortopedia

Prescrição:

Dieta:

| Data | | Horário |
|----------|--------------------------|---------|
| 15/05/17 | (1) Ceftriaxona 2g EV | 06 |
| | (2) Tramadol 50mg + 50mg | 06 |
| | 500mg EV. | |
| | (3) Alk. de Lix. Oral | |
| | (4) A. Ortopedia | |



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS

Nº Registro: 298281

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: JACKSON JR

1º Assistente: DIEGO ARAÚJO R2

2º Assistente: SÉRVIO TÚLIO R1

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 15/05/17

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: CONTROLE DE DANOS

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. REALIZADA INSTALAÇÃO DE FIXADOR TUBO A TUBO EM COXA ESQUERDA
4. LIMPEZA DA FERIDA COM SF0,9% ABUNDANTE
5. SUTURA DA PELE COM FIO NYLON 2.0
6. CURATIVO
7. ENCAMINHO PCTE PARA SRA

2
Sérvio Túlio R1
CRM-PE 7523
15 MAIO 2017



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Antônio José da Silva

Nº do Registro:

Clínica: Ortopedia

Nº do Leito

Operador: Dr Luiz Antônio

1º Assistente: Dr. Alex Rocha R.

2º Assistente: G. Lázaro Filho R.

Instrumentador:

Anestesiata:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fr. Frontotransversária Fun (6)

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Tratando campo de Fr. Frontotransversária

Operação Realizada: A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em DDM sob anestesia + antipsicóticos + analgésicos + aspiração de campo antero.
- 2) Incisão em fra lateral de box proximal + dissecção plasmica + visualização das estruturas de cálio lateral + esfoliação + Redução macenta.
- 3) Fixação de placa proximal 135° sob fluoroscopia.
- 4) Enxerto abundante e apical.
- 5) Sutura plástica.
- 6) Curativo.
- 7) encaminhado paciente ao URPD

Sérvio Túlio M. Fm.
Ortopedia Residência
CRM 100.000.000

28 JUN 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o
Sr. (a) Antônio José dos Santos
Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia , 15/05/2017 a 30/06/2017

REGISTRO: 298281

Diagnóstico: Fratura de Fêmur .

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S72.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 30 de Junho de 2017

Setor de arquivo (same)

Alexsandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME do HRA

Alexsandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Matricula: 12450

09 794.975/0269 27

FUGAM - Hospital Regional
do Agreste

BR 232, Km 130

Indiápolis - 55000-000

Caruaru - PE

HRA (same) Fone: (81) 3719.9346.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: ANTONIO JOSE DO SANTO

Prontuário: 298281

Data: 15 / 05 / 17

Hora: 04:47

DIAGNÓSTICO:

Fgt. Insuficiência + Disfagia funcional

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

do ambulatório de egresso (Mes)

01/05/17

16-08-17 Dr. Vilton Barros G/ho

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento cirúrgico (obstrutivo)

Alta Hospitalar: Data: 30 / 06 / 17

Paciente recebe alta hospitalar
em companhia de Dr. Paulo com
com anestesista, enfermeiro, assistente
social de alta.

HRA
Data:
Hora:
Dr:

Sérgio Túlio M. Firmino
Otorrinolaringologista
CRM-PE: 25759

30 JUN 2017
Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: _____
Nome: Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Registro Nº: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____

Acidente com
história de queda
de moto
em 14/5/2017.
Fract. fechada e
diapir femur E.
operado. Não se
no super consolida-
ção dos referidos
fracturas. Boa est.
plena. JADM pelo
ang $\pm 45^\circ$ sobre
o pl. fix de
diretor

01/3/2018
Data
Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10660
Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



RECEITUÁRIO

Unidade: Autismo por
Nome: do Santos
Registro Nº:
Clínica: Enfermaria:

Paciente vítima
de acidente de
moto. fratura
em diáfise do
fêmur E. e do
fêmur E. fix.
ext. diáfise. pró-
tombado, no
femur. pró. placa
diáfise, placa
pl. cdo femur E.
diminuindo am-
pl. movimento
femur E. + trat.
amb. fraturas

Data: 16/07/2017 2094

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

RECEITUÁRIO

Unidade: Autismo por
Nome: do Santos
Registro Nº:
Clínica: Enfermaria:

Paciente vítima
de acidente de
moto em 14/5/2017.
frat. esp. fêmur E.
fixado ext. a
placa. em diáfise
femur E. placa
para redução E.
↓ ADM. pró. E.
Em trat. amb.
+ fraturas
fem. N. 1035 P/
fem. do bento
2094

Data: 14/11/2017

Dr. Nitton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660
Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



RELATÓRIO PERICIAL

Françoize Nunes Fernandes
Françoize Nunes Fernandes
Fisioterapeuta
CREFITO 227714-F

I – IDENTIFICAÇÃO

ANTÔNIO JOSÉ DOS SANTOS, sexo masculino, 40 anos, nascido em 11 de abril de 1978, agricultor, residente e domiciliado em rua Missinete Silva Maceió, 162, bairro Planalto, município de São Jose do Egito – PE.

II – HISTORIA DA DOENÇA ATUAL

PS.: Os dados do histórico foram obtidos de depoimentos do autor e da análise de documentos por ele portados.

O paciente José Antônio dos Santos, vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta, ocorrido em 24 de maio de 2017 na cidade de São José do Egito – PE foi socorrido e levado a Unidade Mista Maria Rafael de Siqueira, apresentando fratura exposta do fêmur esquerdo e cintura pélvica (quadril), onde foi feito os primeiros socorros, consequentemente encaminhado ao Hospital municipal de Caruaru. O mesmo foi encaminhado para o tratamento cirúrgico, recebendo alta definitiva no dia 30 de Junho de 2017, tendo realizado tratamento fisioterapêutico concomitante.

III – EXAME FÍSICO

PS.: Os resultados podem variar conforme a evolução e resposta clínica do paciente.

Atualmente, o paciente apresenta dor, diminuição de 30% do movimento de flexão, diminuição de 20% para extensão, hipotrofia muscular, déficit sensitivo e motor de todo MIE.

São José do Egito, 18 de fevereiro de 2018.

Françoize Nunes Fernandes

Dra Françoize Nunes Fernandes
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 227714 – F / CPF: 066.052.374-47
Contato: (87) 9.9604-9230

Françoize Nunes Fernandes
Françoize Nunes Fernandes
Fisioterapeuta
CREFITO 227714-F



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que, o (a) Senhor (a)
ANTÔNIO JOSÉ DOS SANTOS
Portador (a) do RG: 7468295 SDS-PE e CPF: 064237864-96,
residente e domiciliado (a) à (no)
RUA MISS. INETE SOARES, Nº 162,
Bairro: PLANALTO, S.J. EGITO-PE, deu entrada
nesta unidade hospitalar, no dia 14/05/2017 vítima de acidente
MOTOCICLISTICO, conforme ficha/prontuário nº 3398. Informamos que
a (as) cópia (as) fornecida (as) por esta Unidade Hospitalar confere (m) com a (as)
original (ais) que se encontra (m) em nosso arquivo à disposição do DPVAT para
quaisquer esclarecimentos.

São José do Egito-PE, 09 de NOVEMBRO de 2018.

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

Jesus Adilson Militão da Silva
Departamento de Contas Médicas
Matrícula 33.019-1

Rua Antônio Mariano de Souza, 16 – Bairro Antônio Marinho
São José do Egito/PE – CEP 56700-000 - Tel.: (87) 3844 1192
CNPJ 11.503.081/0001-69
e-mail: hgmrs_@hotmail.com





HOSPITAL MARIA RAFAEL
DE SIQUEIRA
São José do Egito - PE
Praça da Bandeira, s/n
Fone: (87) 3844-1192 Cep: 56700-000

Cod. Paciente: 3398

Data: 14/05/2017 Hora: 21:56:53

Idade: 39

Paciente: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Mae: MARIA ALEXANDRINA DOS SANTOS

Nascimento: 11/03/1978

Profissao: AGRICULTOR(A)

Estado Civil: CASADO(A)

Endereco: RUA MISS. INETE SOARES

Bairro: PLANALTO

Cidade: SAO JOSE DO EGITO - PE - 56700-000 - 2613602

C.N.S.: 708-7001-6315-1796

CPF:

Digitador: OZIVANIA

Pai/Resp. JOSE JOAQUIM DOS SANTOS

Cor: PARDA

Sexo: M

Fone:

Num. 162

Identidade: 7468295

Reg. Nasc.

ANTECEDENTES: ☐ HAS ☐ CARDIOPATIAS ☐ DM ☐ OUTROS

HABITOS: ☐ FUMANTE ☐ ETILISTA ☐ USUARIO DE DROGAS

PA PULSO RESPIRAÇÃO GLICEMIA CAPILAR TEMPERATURA

ESCALA DE DOR LEVE MODERADA INTENSA
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Confere com o original

Data 09/11/18

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

QUEIXA PRINCIPAL

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente com história de acidente de trânsito de moto há 40min, alcoolizado, pega uma de capote. Apresenta fratura exposta em joelho esquerdo e dor em quadril. Pega dor mais e perde de consciência Glasgow 15.

PA: 110x80 mmHg

AR: MV 120 mmHg, 21 RA

SpO2 99% ao ar ambiente

FC: 105 bpm

ABD: plano, flácido, idóneo à palpação.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1) Opietina 2g + AD EV
- 2) VAT 01 AMP IM
- 3) Gramol 01 AMP + 100 ml SFC 9% EV
- 4) Limpeza e imobilização.
- 5) RX de quadril e punha e
- 6) SAT 5000 UI IM.
- 7) Sutura e curativo em braço D
- 8) Dipirona 01 AMP + AD EV
- 9) morfina 01 AMP + 9 ml AD. Segon 2ml de relaxação.

10) SUD

Dr. Felipe Figueiredo
Médico
CRM PB: 10437 / CREMEPE 25253

HRA: 3163591 23:50. Realizado passagem de

SUD

Ana Paula do S. Pereira
Enfermeira





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
 CNPJ:11433190000157

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

| | | | | |
|---|-------------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| NOME FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO | | MATRÍCULA 9306064 | COMPETÊNCIA DEZ/2017 | |
| LOTAÇÃO 23 BPM 3 CPM SAO JOSE DO EGITO | | IDENTIDADE 00000041228 PM PE | | ADMISSÃO 02/08/1993 |
| CARGO CABO | NÍVEL 001B | FUNÇÃO | NÍVEL | DEP.IR 1 DEP 0 |
| BANCO/AGÊNCIA BRADESCO AFOG.DA INGAZEIRA(PE) | CONTA 01001515 | CPF 931.101.894-53 | PERÍODO DE PAGAMENTO | |

| CÓD. | DESCRIÇÃO | REFERÊNCIA | VANTAGENS | DESCONTOS |
|------|--------------|------------|------------|-----------|
| 3 | SOLDO | | \$4,115.65 | |
| 21 | V REFEICAO | \$22.00 | \$246.40 | |
| 23 | GR LOC ESPEC | | \$14.98 | |
| 191 | GR MOTORISTA | | \$160.00 | |
| 182 | CART GERADOR | | | \$39.02 |
| 240 | SUL AMERICA | | | \$21.79 |
| 268 | CAS | | | \$15.13 |
| 269 | SISMEPE | \$4.00 | | \$164.63 |
| 282 | IRRF | | | \$173.47 |
| 327 | CARTAO BMG | | | \$6.23 |
| 373 | BC BRADESCO | | | \$294.12 |
| 397 | FUNAFIN | \$13.50 | | \$579.24 |

| | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| SALÁRIO (BASE) \$0.00 | SALÁRIO (HORA) \$0.00 | F.G.T.S. \$0.00 | TOTAL DE VANTAGENS \$4,537.03 | TOTAL DE DESCONTOS \$1,293.63 |
| BASE (INSS / IPSEP) \$4,290.63 | BASE (IMP.RENDA) \$4,290.63 | MARGEM CONSIGNÁVEL \$691.53 | LÍQUIDO | ***** \$3,243.40 |

Mensagem ATENCAO APOSENTADO E PENSIONISTA: NO PERIODO DE 11 A 25 DO MES DE SEU ANIVERSARIO, COMPARECA A SUA AGENCIA DO BRADESCO

Código de autenticidade:K3FVKKR73KTU4210

OBS. A autenticidade deste contracheque deverá ser confirmada na página do Portal do Servidor, no endereço www.portaldoservidor.pe.gov.br





