



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
<b>ANTONIO JOSE DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55476 078	13/12/2019 09:35	<a href="#"><u>2605428_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u></a>	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 Duto 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/12/2019 09:35:57  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121309355778600000054579511>  
Número do documento: 19121309355778600000054579511

Num. 55476078 - Pág. 1

## 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 FÉMUR 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.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/12/2019 09:35:57  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121309355778600000054579511>  
Número do documento: 19121309355778600000054579511

Num. 55476078 - Pág. 2

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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/12/2019 09:35:57  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121309355778600000054579511>  
Número do documento: 19121309355778600000054579511

Num. 55476078 - Pág. 3



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
<b>ANTONIO JOSE DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55476 079	13/12/2019 09:35	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



CNPJ 09.789.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA JOSE G FILHO - 1094 - SANTO DOMINGO - SERRA DO MAR - SAO JOSE DO EGITO PE 56700-000

DADOS DO CLIENTE  
FRANCINALDO GOMES DA SILVA SCOUTO MATRÍCULA: 41228  
R. BOA JESUS, COMPLEXO 00009 CENTRO SAIG 1058 09 56700 PE 56700  
INSCRIÇÃO: 156.814.078.0001-450 CRUZ-F1 DE AUTOMÁTICO: 003159562

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTERIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO A.110/05272	DATA LEIT. ANTERIOR 06/08/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/08/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

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

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

	PARÂMETROS	EXIG.	PCRT	ANALISES	ATENDER
06/2018	08 TURBIDEZ	RS 2	9,14/21	REALIZADAS	A LEGIS.
05/2018	08	42	42	42	42
04/2018	09 COR APARENTE	42	42	42	42
03/2018	07 CLORO RESIDUAL	42	42	42	42
02/2018	07 COLIF. TURBES	42	42	42	42
01/2018	08	42	42	42	42
MÉDIA:	08	42	42	42	42

OBS.: COLIFORMES TOTAIS: AUSÊNCIA 95% DAS MOSTRAS EXAMINADAS.  
RESÍDUOS PARÂMETROS: COLIFORMES TOTAIS, ESCHECHÍA COLI E CLORO.  
ESSOS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	2.33	41,30

CONSUMO DE ÁGUA

TRIBUTOS	BÁSE DE CÁLCULO	PERCENTUAL	VALOR DO IMPUNTO
IBI COFRE	41,30	1,6%	0,68

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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** *Antônio José dos Santos*, brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *Padeiro*, residente e domiciliado à Rua/Av. *Rua Muzinete Silva Novais*, nº *162* bairro *Planalto*, município de *São José do Egito*, Estado de(o) *Pernambuco*, Portador(a) do RG nº *74.682.95*, 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, 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 RAFAELA Eustáquio  
Total: 4,79 VALIDO SOMENTE CONSELHO DE AUTENTICIDADE  
Selos(s): 0074896.0002201801.01526\*\*\*\*\*  
Cartório 2º Ofício  
Cartório de Notas  
Rue 1º de Maio nº 32  
São José do Egito-PE  
Tutor: Maria Gleneva Rafaela  
Substituto: Francisco Lopes de Souza



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** *Antônio José dos Santos*, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua/Av. *Rua Missinete Silva Jardim*, nº 162, bairro *Planalto*, município de *São José do Egito*, Estado de(o) *Pernambuco*, Portador(a) do RG nº *7468.295*, SSP/P.E. 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, 02 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  
SANTOS#|||||||||  
Dou fe. São José do Egito / sexta-feira, 2 de março de 2018 -|||||  
10:35h#|||||||  
Em Testemunho  
MARIA GENEVA RAPACI tabelião notário  
Total: 4,79 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE#|||||||  
Selos(s): 0074896.DER02201801.01526#|||||||

Certório 2º Ofício  
Cartório do Notário  
Rua Frederico Sodré nº 32  
São José do Egito - PE  
Titular: Maria Geneva Rapaci  
Assistente: Maria Geneva Rapaci



## 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

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO JOSE DOS SANTOS

LUIZ PHELIPE BRAGA COELHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/12/2019 09:35:58  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121309355794900000054579512>  
Número do documento: 19121309355794900000054579512

Num. 55476079 - Pág. 6

## 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018

Nome: Juceleni Maria Braga

CPF: 514.196.101-04

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

Juceleni Maria Braga



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/12/2019 09:35:58  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121309355794900000054579512>  
Número do documento: 19121309355794900000054579512

Num. 55476079 - Pág. 7

## 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

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/12/2019 09:35:58  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121309355794900000054579512>  
Número do documento: 19121309355794900000054579512

Num. 55476079 - Pág. 9

Rio de Janeiro, 16 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  
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

Pag. 01505/01506 - carta\_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 13246653

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



## 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**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

064.237.864-96

Nome completo da vítima

Antônio José dos Santos

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Pré-nome
Endereço	Número	Complemento
Rua: Muro Nissinete Silva Maciel	162	casa
Planoalto	Estado	CEP
E-mail		56700-000
		Telefone (087) 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 encereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO (INFORMAR)            | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |  |

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

BRASFECO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

RIA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

BNB

CONTA

4818

BNB

(Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA

Nro. \_\_\_\_\_ DNB \_\_\_\_\_

CONTA

Nro. \_\_\_\_\_ DNB \_\_\_\_\_

(Informar digito se existir)

(Informar digito 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

30º José de Brito PE 01 Junho de 2018  
Local e Data

x Antônio José dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 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").

Número do Sinistro ou ASL: **3180374837** CPF da Vítima: **064.237.864-96** Nome completo da vítima: **Antônio José dos Santos**

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo:	CPF titular da conta:	Endereço:	Pais:
<b>Antônio José dos Santos</b>	<b>064-237-86496</b>	<b>Rua 09, Nossa Senhora das Graças, nº 162</b>	<b>Brasil</b>
Residência:	Número:	Cidade:	Complemento:
<b>Planoalto</b>	<b>162</b>	<b>São José do Egito</b>	<b>casa</b>
Email:	Estado:	CEP:	Telefone (DDI):
<b>fran730955@gmail.com</b>	<b>PB</b>	<b>56700-000</b>	<b>(87) 988 324037</b>

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 encereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADFISCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> BANCO
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			Name
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
<b>1296</b>	<b>D/V</b>	<b>4818</b>	<b>D/V</b>
(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 à 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

**Antônio José dos Santos**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 14/5/2017 no periodo da Noite

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

**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: 14/8/1981 Naturalidade: TUPARETAMA / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SÃO JOSE DO EGITO, 1, SITIO MULUNGU - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - SÃO 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 SÃO JOSE DO EGITO, 167, RUA MISSINETE SOARES - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - SÃO 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: 8 - 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: **KFT8863** (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** - Matricula: 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 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	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 Lider 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 PE 01 Junho  
Local e Data

Antônio José dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GALI.001 V001/2017





## 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 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	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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

30º José do Egito PE 01 de junho de 2018  
Local e Data

Antônio José dos Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

04/01/2017



**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:

+ Atendeu. Sítung de quebra de mto com cefal. Até. Nega TÉ Apresentações obs na pele e coras. E. Nega antalgus antecedentes.

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

A - Sem lesões cutâneas B - Tônus normal. Sensibilidades C - Sem sangramentos clínicos D - Reflexos: +  
 E - Exames exóficos de pele e órbitas: placidez, incolor.

Diag. Provisório:

Ex: suspeita de ferimento E  
 - A Ortopedia

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Horário

Data	Prescrição	Horário
15/05/17	① Repetitiva eg EV	06
	② Inicial script secund. EV 0,97 EV.	06
	③ Alk da lin. Gual	
	④ A Ortopedia	

1 de 2



# 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/12/2019 09:35:58  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121309355794900000054579512>  
Número do documento: 19121309355794900000054579512

Num. 55476079 - Pág. 19



CNPJ 09.789.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA JOSE G. FILHO - 1094 - SANTO DOMINGO - SERRA DO SÃO JOÃO DO EGITO PE 56700-000

DADOS DO CLIENTE  
FRANCINALDO GOMES DA SILVA SCOUTO MATRÍCULA: 41228  
R. BOA JESUS, COMPLEXO 00059 CENTRO SAIG 1058 09 56700 PE 56700  
INSCRIÇÃO: 156.814.078.0001-450 CRUZ-F1 DE AUTOMÁTICO: 003159562

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTERIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO A.110/05272	DATA LEIT. ANTERIOR 06/08/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/08/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

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

#### HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

	PARÂMETROS	EXIG.	PCRI.	ANALISES	ATENDER
06/2018	TURBIDEZ	RS 2	9,14/21	REALIZADAS	A LEGIS.
05/2018	COR APARENTE	42	42	42	42
04/2018	CLORO RESIDUAL	42	42	42	42
03/2018	COLIF. TURBID.	42	42	42	42
02/2018	E.COL.	42	42	42	42
01/2018		42	42	42	42
MÉDIA:		42	42	42	42

OBS.: COLIFORMES TOTAIS: AUSÊNCIA 95% DAS MOSTRAS EXAMINADAS. RESIDUAL: SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. CLOROS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

#### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

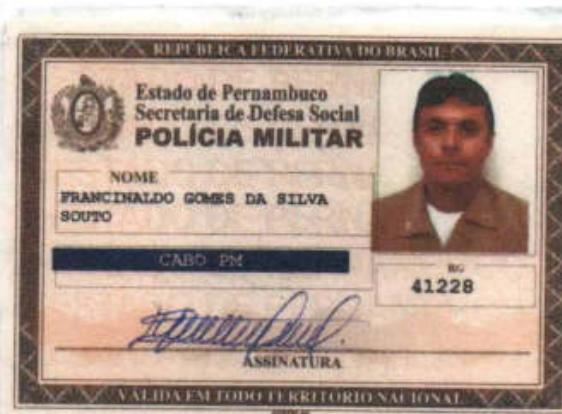
2.413 41,30

TRIBUTOS	BÁSE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPPOSTO
IBI COFRE	41,30 41,30	1,6% 7,68	0,68 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 931101894-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio José dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.237.864-96, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade, da Vítima Antônio José 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.

Enderço	Número	Complemento
Rua Bom Jesus	59	casa
Bairro	Estado	CEP
<u>Novo Horizonte</u>	<u>PE</u>	<u>56400000</u>
Email	Telefone (sem prefixo/DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>fran730.gss@gmail.com</u>	<u>(87) 99032107</u>	<u>999075800</u>

São José do Egito, PE, 13 de Agosto de 2018.

Francinaldo G. das S. Souto  
Assinatura do declarante

DLDR1.001 V001/2017





## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 fazenda 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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. da Souto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 931.018.945-3, na qualidade de Procurador (a) / Intermediado (a) do Beneficiário Antônio José dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.237.864-96, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides, da Vítima Antônio José 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 Lider-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
Bairro	Novo Horizonte	Cidade	São José do Egito
Email	fran730.gss@gmail.com	Estado	PE
		Telefone comercial (DDD)	56700-000
		Telefone celular (DDD)	988324037

São José do Egito - PE, 12 de Dez. 2018

Francinaldo G. da S. Souto  
Assinatura do Declarante

Francinaldo G. da S. Souto  
Procurador Intermediário

DLDRL.001 V001/2017





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

<b>NOME</b> <b>FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO</b>			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 INGAZIERA(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 21/10/1997  
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)  
João Siqueira da Costa, Pão de Açúcar nº 05,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado 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: Pás/Motocicleta

Modelo: Honda 125

Ano: 2008

Placa: 4FT 8863

Chassi: 9C2JC 3070BR6037

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 Oliveira - Oficiala e Tabelião Distrital - Reconheço por autenticidade a firma de EDIVAN BRITO DE SOUZA em 08/05/2018.  
RG: 59; TSNR: R\$10,00; FERC: R\$10,40;  
verdade. Escrivente Autorizada: Jeane Tavares Ferreira  
Iva Yves Cordeiro de Mello Junior  
nol. R\$1,59; TSNR: R\$10,80; FERC: R\$10,40;

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL  
PÃO DE AÇÚCAR - TAQUARITINGA DO NORTE - PE  
BELA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA - TABELIA  
JEANE TAVARES FERREIRA BLW - 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:

+elite. Sítung de quebra de mto com cefal. Nega TÉ Apresentações obs na pele e coras. E. Nega antalgos anteriores

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

A - Sem lesões cutâneas B - Tônus muscular. Sensações  
C - Sem sangramentos clínicos D - reflexos int.  
E - pressão exposta da ferida. Atividade plástica, mobil.

Diag. Provisório:

fx suspecto de ferida E  
- A Ortopedia

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Horário

Data	Prescrição	Horário
15/05/17	① Rxpectiva dg EV	06
	② Inicial script secund. SI 0,97 EV.	06
	③ Alk da lin. Gual	
	④ A Ortopedia	

1 de 2



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS	Nº Registro: 298281
Clinica: 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	Inicio: Término:

Diagnóstico Prê-operatório: FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR 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 SFO,9% ABUNDANTE
5. SUTURA DA PELE COM FIO NYLON 2.0
6. CURATIVO
7. ENCAMINHO PCTE PARA SRA

D  
2018 TUBO FEMORAL  
C014-007513  
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:	
Clinica: Enfermaria	Nº da Leito	
Operador: Dr. Wiliam Antônio		
1º Assistente: Dr. Alce Ribeiro Jr.	2º Assistente: G. Lázaro filho Jr.	
Instrumentador:	Anestesiista:	
Anestesia:	Duração:	
Data da Operação:	Início:	Término:
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fractura contínua frontal (6)	
Diagnóstico Pós-Operatório:	@ normal	
Operação Proposta:	Trifrontal craniotomia e Fract. Frontoturíngia	
Operação Realizada:	A normal	
DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
1. Escavação óssea DDM das mastoides + Acessória + anterópolas + Acesso de couro cintado		
2. Incisão em face lateral da fossa pterion + descolagem plena + visualização da fossa de Sylvius e célio jato + esclerose + Balanças mucosas.		
3. Fixação de placa metálica 135° nos frontoturíngios		
4. Técnica abrangente q 150,90°		
5. Sutura plâstica		
6. Curativo.		
7. Encaminhamento paciente para UPPD L		
Sônia Túlio M. Faria Cirurgião-Dentista CRM-PE 111 28 JUN 2019		





## 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

*[Handwritten signature]* Setor de arquivo (same)

Alessandro da Silva Araújo  
Setor de Arquivo - SAME em vms  
Matri: 12450

Alessandro da Silva Araújo  
Setor de Arquivo - SAME do HRA  
Matri: 12450

09 794 975/0269 27

FUGAM - Hospital Regional  
do Agreste

BR 232, Km. 130

Indaiatuba - SP 135700-000

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 Jusr sin Santo

Prontuário: 298281

Data: 15 / 05 / 17

Hora: 04:42

#### DIAGNÓSTICO:

Frig. traumatoartrose + disfisiostomia

#### AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

4º ambulatório de internos (MRS)

C11527

16-08-17 Dr. Milton Barros 9/hs

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Traçamento cirúrgico (osteosintese)

HRA

2015

Kone

D1

Hora:

5

Sávio Túlio M. Firmão  
Ortopedista Residente  
CRM-PE: 25759

30 JUN 2017

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo

Alta Hospitalar: Data: 30 / 06 / 17

Paciente nesse alta hospitalar  
em consulta ao Dr. Paulo Santo  
com amioterapia, analgésicos, antibióticos  
novo de alta.



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

RECEITUÁRIO

Unidade:  
Nome: *Anfálio for dr  
Santos* Registro N°:

Clinica: Enfermaria:

*Demato com  
histone ee arider  
te de mof  
ees 11/15/2017.  
Fract - fumabil +  
dia p/ ferir e.  
operado. 1º ape  
no supere confide-  
car dos referidos  
festivais. Boa evt.  
pulos. jADM pelo  
am ± 45°. sobr  
A. p/ ferir e  
direitos*

Data *21/3/2017*

*Nilton Pereira de Barros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-10660  
Médico - CRM*

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

1º Lugar

2º Concurso 89



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

RECEITUÁRIO

Unidade: *Automa por*  
Nome: *Dr. Santos*  
Registro N°: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

paciente vítima  
de acidente de  
moto em 14/11/2017.  
Fratura em diâfragma  
e fraturas de  
femur e tibias.  
Fratura do  
diâfragma. Perte-  
cimento, no  
fêmur pelo place  
diâfragma, place  
p/ colo femur e  
diminuição ampla  
pode movimentar  
pelos e tornozelos.  
Data: *16/11/2017* 2094

Médico - CRM

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

1º Lugar

2º Concurso 89

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

RECEITUÁRIO

Unidade: *Automa por fer*  
Nome: *Santos*  
Registro N°: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

paciente vítima  
de acidente de  
moto em 14/11/2017.  
Fractura do  
diâfragma e  
place em diafragma  
femur e place  
para quadris e  
TADM pelos E  
Tornozelos e  
femur. Ambas  
e fraturas  
pelos N 1025 p/  
femur da bacia  
2094

Data: *16/11/2017*

Dr. Nilson Pereira  
Ortopedia/ Traumatologista  
CRM - 10660

Médico - CRM

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

1º Lugar

2º Concurso 89



## RELATÓRIO PERICIAL

*Dra. Fábio*  
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 José do Egito – PE.

### II – HISTÓRIA 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*  
Fisioterapeuta  
CREFITO 227714-F

*Dra. Fábio*



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que, o (a) Senhor (a) ANTÔNIO JOSE DOS SANTOS Portador (a) do RG: 7468295 SAS-PE e CPF: 064.237.864-96, 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 MOTOCICLÍSTICO, 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



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

Cod. Paciente: 3398

DR. FELIPE FIGUEIREDO  
MÉDICO

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

Idade: 39

Pai/Resp. JOSE JOAQUIM DOS SANTOS

Cor. PARDA Sexo: M  
Fone:

Num. 162

Identidade: 7468295

Reg. Nasc.

ANTECEDENTES:	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> OUTROS
HABITOS:	<input type="checkbox"/> FUMANTE	<input type="checkbox"/> ETILISTA	<input type="checkbox"/> 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

QUEIXA PRINCIPAL

Confere com o original

Data 09/11/18 Jesus Adilson M. de SIlva,  
DPT: de Contas Médicas

Mat. 33.019-1

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente com história de ocorrência de derrame pleural há 40min, descolado de mola há 40min, descolado, fez uso de copolet. Operou-se.  
Postura reporta dor no joelho esquerdo + dor no quadril. Nega dor no braço e perda de consciência Glasgow 15.

PA: 110x80 mmHg  
AR: V/V 1m AMP, 71 RA  
SpO2 99% no ambiente  
FC: 105 bpm.

ABD: pleno, flácido, indolor à palpação.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- ① Cefalotina 2g + AD EV
- ② VAT 01 AMP 1m
- ③ Sosmol 01 AMP + 100ml SFc, 0,9% GL
- ④ Limpeza e immobilização.
- ⑤ RX de quadris e perna C
- ⑥ SAT 5000 UI 1m.
- ⑦ Sutura e curativo em longo D
- ⑧ Dipirona 01 AMP + AD C
- ⑨ Morfina 01 AMP + 4ml AD.
- ⑩ Gesso com laço solto.

10 SUD

Dr. Felipe Figueiredo  
Médico

CRM PB 10437 / CREMEPE 25253

HRA: 3163591 23:50 realizada passagem de  
SUD

Ana Paula do S. Pereira  
Enfermeira





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

**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO**

<b>NOME</b> FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO		<b>MATRÍCULA</b> 9306064		<b>COMPETÊNCIA</b> DEZ/2017	
<b>LOTAÇÃO</b> 23 BPM 3 CPM SAO JOSE DO EGITO		<b>IDENTIDADE</b> 00000041228 PM PE		<b>ADMISSÃO</b> 02/08/1993	
CARGO CABO	NÍVEL 001B	FUNÇÃO	NÍVEL	DEPIR 1	DEP 0
BANCO/AGÊNCIA BRADESCO AFOG.DA INGAZEIRA(PE)	CONTA 01001515	CPF 931.101.894-53	<b>PERÍODO DE PAGAMENTO</b>		
<b>CÓD.</b>		<b>DESCRÍÇÃO</b>		<b>REFERÊNCIA</b>	<b>VANTAGENS</b>
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		\$184.63
282	IRRF				\$173.47
327	CARTAO BMG				\$6.23
373	BC BRADESCO				\$294.12
397	FUNAFIN		\$13.50		\$579.24
<b>SALÁRIO (BASE)</b> \$0.00	<b>SALÁRIO (HORA)</b> \$0.00	<b>F.G.T.S.</b> \$0.00	<b>TOTAL DE VANTAGENS</b> \$4,537.03	<b>TOTAL DE DESCONTOS</b>	\$1,293.63
BASE (INSS / IPSEP) \$4,290.63	BASE (IMP.RENDA) \$4,290.63	MARGEM CONSIGNÁVEL \$891.53	LÍQUIDO		***** \$3,243.40
Mensagem ATENCAO APOSENTADO E PENSIONISTA: NO PERÍODO DE 11 A 25 DO MES DE SEU ANIVERSARIO, COMPARECA A SUA AGENCIA DO BRADESCO					
<b>Código de autenticidade:K3FVKKR73KTU4210</b>					
<b>OBS.</b> A autenticidade deste contracheque deverá ser confirmada na página do Portal do Servidor, no endereço <a href="http://www.portaldoservidor.pe.gov.br">www.portaldoservidor.pe.gov.br</a>					





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/12/2019 09:35:58  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121309355794900000054579512>  
Número do documento: 19121309355794900000054579512

Num. 55476079 - Pág. 36



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/12/2019 09:35:58  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121309355794900000054579512>  
Número do documento: 19121309355794900000054579512

Num. 55476079 - Pág. 37