Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

20/01/2020

Número: **0087528-74.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **17/12/2019**
Valor da causa: **R$ 9.450,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
THIAGO PABLO DE SANTANA (AUTOR)	**EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56676945	20/01/2020 16:42	2685355_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00875287420198172001

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 **e SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.,** com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **THIAGO PABLO DE SANTANA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/06/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/10/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

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

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

---

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

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

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

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número:	3190618606	**Cidade:**	Camaragibe	**Natureza:**	Invalidez Permanente
Vítima:	THIAGO PABLO DE SANTANA	**Data do acidente:**	05/06/2017	**Seguradora:**	MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO E CALCÂNEO DIREITO.(P.3)

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DA ÉPOCA DO ACIDENTE (05/06/2017) DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, PORÉM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MÉDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS, E PELO TEMPO TRANSCRITO DO ACIDENTE (05/06/2017) E A DATA DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA (01/08/2019) E SEM TRATAMENTO NESTE PERÍODO, NÃO FICA ESTABELECIDA RELAÇÃO NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução

da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral[4].

[4]RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima[5].

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

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

> **Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**
>
> **Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios[6], ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[7].

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[8]

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

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

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

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

---

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

[8] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **THIAGO PABLO DE SANTANA**, em curso perante **a 9ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00875287420198172001.

Rio de Janeiro, 6 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

20/01/2020

Número: **0087528-74.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **17/12/2019**
Valor da causa: **R$ 9.450,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
THIAGO PABLO DE SANTANA (AUTOR)	**EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56676947	20/01/2020 16:42	ANEXO	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618606 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: THIAGO PABLO DE SANTANA **Data do acidente:** 05/06/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO E CALCÂNEO DIREITO.(P.3)

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DA ÉPOCA DO ACIDENTE (05/06/2017) DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, PORÉM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MÉDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS, E PELO TEMPO TRANSCRITO DO ACIDENTE (05/06/2017) E A DATA DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA (01/08/2019) E SEM TRATAMENTO NESTE PERÍODO, NÃO FICA ESTABELECIDA RELAÇÃO NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618606 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: THIAGO PABLO DE SANTANA **Data do acidente:** 05/06/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO E CALCÂNEO DIREITO.(P.3)

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DA ÉPOCA DO ACIDENTE (05/06/2017) DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, PORÉM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MÉDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS, E PELO TEMPO TRANSCRITO DO ACIDENTE (05/06/2017) E A DATA DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA (01/08/2019) E SEM TRATAMENTO NESTE PERÍODO, NÃO FICA ESTABELECIDA RELAÇÃO NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190618606 **Vítima: THIAGO PABLO DE SANTANA**

Data do Acidente: 05/06/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO PABLO DE SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01143/01144 - carta_01 - INVALIDEZ

00020572

Carta nº 15057990

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

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190618606 **Vítima: THIAGO PABLO DE SANTANA**

Data do Acidente: 05/06/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THIAGO PABLO DE SANTANA

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

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

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

00060881 Pag. 01761/01762 - carta_03 - INVALIDEZ

Carta nº 15064547

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

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190618606 **Vítima: THIAGO PABLO DE SANTANA**

Data do Acidente: 05/06/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), THIAGO PABLO DE SANTANA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 05/06/2017, emitido pelo Dr. ISAAC FELIPE MELO DE FREITAS CRM nº 24524 - PE, da Instituição HOSPITAL ESPINHEIRO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01915/01916 - carta_31 - INVALIDEZ

00050958

Carta nº 15104830

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: | 6 - CPF:

7 - Profissão | 8 - Endereço: | 9 - Número | 10 - Complemento:

11 - Bairro: | 12 - Cidade | 13 - Estado: | 14 - CEP

15 - E-mail | 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder sem verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização é condicionada prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou neto(a)/bisneto(a)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019


CAIXA
POUPANÇA
6277 8016 6353 8993
THIAGO PABLO DE SANTANA
0046 013 00031328-1
elo

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA
37ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0127007384

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019** às **17:24**

Complementa o BO Número: **19E0127007382**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/6/2017** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, KM 02, PROXIMO AO HOTEL VOVO E VOVÓ**
Bairro: **ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
THIAGO PABLO DE SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THIAGO PABLO DE SANTANA

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

THIAGO PABLO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DE SANTANA** Pai: **NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TABATINGA (BAIRRO), 461, RUA AMADOR BUENO - CEP: 55000-000 - Bairro: TABATINGA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO PABLO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHT0665** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **158428048**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO PABLO DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

-

INFORMA A VITIMA QUE VINHA NA VIA, DESCENDO UMA LADEIRA, QUANDO UM VEICULO INVADIU A VIA, NAO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR, VINDO A ATINGIR A LATERAL DO VEICULO. A VITIMA FOI SOCORRRIDA PELO SEU SOGRO PARA O HOSPITAL DO HAPVIDA DO ESPINHEIRO, CONFORME NUMERO DE PRONTUARIO 6729204 E ATENDIMENTO 13600939. A VITIMA CHEGOU A UNIDADE COM QUEIXA DE DOR NO CALCANHAR E JOELHO ESQUERDO', COM ESCORIAÇOES E HEMATOMA. APOS CERCA DE DOIS ANOS, A VITIMA PASSOU A SENTIR DORES NO LOCAL, VOLTANDO AO UM ORTOPEDISTA, FOI PASSADO UMA RESSONANCIA, ONDE FOI CONSTATADO UMA ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. A VITIMA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PARA RECONSTRUÇAO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EM 01/08/2019. 'NA FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL NA ENTRADA EM 05/06/2017, FORA COLOCADO MENÇAO A JOELHO D. INFORMA A VITIMA QUE FORA UM ERRO DO HOSPITAL, POIS O PROBLEMA FOI NO JOELHO ESQUERDO.

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

THIAGO PABLO DE SANTANA
(VITIMA)

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA
CIRCUNSCRIÇÃO

B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **7728404-0**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA 37ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0127007382

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019** às **17:09**

Complementa o BO Número: **19E0127007380**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/6/2017** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, KM 02, PROXIMO AO HOTEL VOVÓ E VOVÓ**
Bairro: **ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
THIAGO PABLO DE SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THIAGO PABLO DE SANTANA
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

THIAGO PABLO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DE SANTANA** Pai: **NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TABATINGA (BAIRRO), 461, RUA AMADOR BUENO - CEP: 55000-000 - Bairro: TABATINGA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO PABLO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHT0665** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **158428048**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustivel **GASOLINA**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO PABLO DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA NA VIA, DESCENDO UMA LADEIRA, QUANDO UM VEICULO INVADIU A VIA, NAO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR, VINDO A ATINGIR A LATERAL DO VEICULO. A VITIMA FOI SOCORRRIDA PELO SEU SOGRO PARA O HOSPITAL DO HAPVIDA DO ESPINHEIRO, CONFORME NUMERO DE PRONTUARIO 6729204 E ATENDIMENTO 13600939. A VITIMA CHEGOU A UNIDADE COM QUEIXA DE DOR NO CALCANHAR E JOELHO ESQUERDO, COM ESCORIAÇOES E HEMATOMA. APOS CERCA DE DOIS ANOS, A VITIMA PASSOU A SENTIR DORES NO LOCAL, VOLTANDO AO UM ORTOPEDISTA, FOI PASSADO UMA RESSONANCIA, ONDE FOI CONSTATADO UMA ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. A VITIMA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PARA RECONSTRUÇAO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EM 01/08/2019.

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

THIAGO PABLO DE SANTANA
(VITIMA)

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE CAMARAGIBE
3ª CIRCUNSCRIÇÃO

B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA
37ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0127007380

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019** às **17:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/6/2017** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, KM 02, PROXIMO AO HOTEL VOVO E VOVÓ**
Bairro: **ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE
THIAGO FABIO DE SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THIAGO FABIO DE SANTANA
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

THIAGO FABIO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe **MARIA JOSE DE SANTANA** Pai: **NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TABATINGA (BAIRRO), 461, RUA AMADOR BUENO - CEP: 55000-000 - Bairro: TABATINGA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO FABIO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHT0665** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **158428048**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustivel **GASOLINA**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO FABIO DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA NA VIA, DESCENDO UMA LADEIRA, QUANDO UM VEICULO INVADIU A VIA, NAO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR, VINDO A ATINGIR A LATERAL DO VEICULO. A VITIMA FOI SOCORRRIDA PELO SEU SOGRO PARA O HOSPITAL DO HAPVIDA DO ESPINHEIRO, CONFORME NUMERO DE PRONTUARIO 6729204 E ATENDIMENTO 13600939. A VITIMA CHEGOU A UNIDADE COM QUEIXA DE DOR NO CALCANHAR E JOELHO ESQUERDO, COM ESCORIAÇOES E HEMATOMA. APOS CERCA DE DOIS ANOS, A VITIMA PASSOU A SENTIR DORES NO LOCAL, VOLTANDO AO UM ORTOPEDISTA, FOI PASSADO UMA RESSONANCIA, ONDE FOI CONSTATADO UMA ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. A VITIMA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PARA RECONSTRUÇAO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EM 01/08/2019.

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

THIAGO FABIO DE SANTANA
(VITIMA)

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA
37ª CIRCUNSCRIÇÃO

B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: | 6 - CPF:

7 - Profissão | 8 - Endereço: | 9 - Número | 10 - Complemento:

11 - Bairro: | 12 - Cidade | 13 - Estado: | 14 - CEP

15 - E-mail | 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização é condicionada prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou neto(a)/bisneto(a)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019


CAIXA
POUPANÇA
6277 8016 6353 8993
THIAGO PABLO DE SANTANA
0046 013 00031328-1
elo

Clube de Saúde Adm de Benefícios Ltda

[redacted]

saúde

[illegible]

[illegible]

Total o Brasil

[illegible]

[illegible]

CTC RECIFE PE PLS
THIAGO PABLO DE SANTANA
RUA AMADOR BUENO,461 KM 3 5
TABATINGA - CAMARAGIBE - PE
54756-274

[illegible]

de

FAC

Devolução Eletrônica

Correios

Remetente: [illegible]
Vencimento: [illegible]

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

Clube de Saúde Adm de Benefícios Ltda
Caixa Postal 6501
CEP: 0318-970 | São Paulo | SP

Para uso do Correio

- ☐ Mudou-se
- ☐ Endereço insuficiente
- ☐ Não existe o nº indicado
- ☐ Desconhecido
- ☐ Recusado
- ☐ Não procurado
- ☐ Ausente
- ☐ Falecido
- ☐ Inf. escrita por terceiros

Data: __/__/__

Responsável pela informação

- ☐ Não procurado
- ☐ Ausente
- ☐ Falecido
- ☐ Inf. escrita por terceiros

Entregador

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CSDO
Cartelsur Soluções
Caixa Postal 60405
Cep: 14301-970

FAC

Correios

CTC RECIFE PE P1
ANDREA SILVA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA
VARZEA
50970-230 RECIFE-PE

DATA DE POSTAGEM

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

P[illegible] mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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[1] 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 no COAF[2]

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP: ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto eu _____

Inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ na qualidade de Procurador (a) / Inventariante (a) do Beneficiário

_____ inscrito (a) no CPF sob nº _____

do sinistro de DPVAT (aberto na _____ / INV _____ da Vítima _____

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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: _____ Número: _____ Complemento _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____

E-mail _____ Tel (DDD) _____

Local e Data:

Assinatura do Declarante

OLDRL.001 V00_/2017

hapvida

Faz bem pra você

Laudo Médico

Atesto para os devidos fins que o Sr. Thiago Pablo Santana, portador do R.G. 5813300, foi submetido a tratamento cirúrgico para reconstrução de ligamento cruzado anterior em joelho esquerdo na data de 01.08.19, em tratamento de reabilitação, impossibilitado de realizar suas atividades laborais por 90 dias

CID-10 s835

Luigi Paolo Mariz de Medeiros Araujo Freire
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PE 22442
TEOT 15424

16/08/2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/09/2019 12:46

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA **Dt. Nasc.:** 24/04/1981 **Atendimento:** 13600939 **Prontuário:** 6729204

Convênio: HAPVIDA **Posto:** POSTO EMERGENCIA - HE **Leito:** 300212/28

Profissional(is): ISAAC FELIPE MELO DE FREITAS CRM 24524 [1] **Nº:** 05366085 05/06/2017 **às** 13:59

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCAS HORAS, NEGA TRAUMA CRANIANO COM QUEIXA DE DOR EM CALCANHAR E JOELHO D	[1]
Queixa Principal		
CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]
Queixas e Sintomas Gerais	ESCORIAÇAO EM JOELHO D E HEMATOMA EM CALCANEO	[1]

DIAGNOSTICO

CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]

DIAGNOSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RESSONANCIA MAGNETICA - HIL

Data **04/02/2019**

NºPedido: 9877199

Pag 1 de 1

Paciente...: 6729204 THIAGO PABLO DE SANTANA
Nascimento.: 24/04/1981 Sexo: M RG.: 5813300 SSP PE CPF.: 03306065498
Endereco...: R AMADOR BUENO 461 TABATINGA CAMARAGIBE PE 54756274 Tel.: 86203477
Convenio...: HAPVIDA
Matricula..: 81206016879005011
Solicitante: Dr(a) LUIGI PAOLO MARIS D

Queixa Principal:
D

Exame:
RM DE JOELHO (UNILATERAL)

!4IS4."

1738481711

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA: Foram realizadas sequências multiplanares nas ponderações T1, T2 e DP com e sem saturação de gordura, sem contraste endovenoso.

ANALISE:
Rotura completa do ligamento cruzado anterior. Acotovelamento do ligamento cruzado posterior, com sinal preservado

Estiramento do ligamento colateral medial. Ligamento colateral lateral sem alterações.

Lesão vertical de espessura completa em corno posterior do menisco medial.

Foco de degeneração intrassubstancial em corno anterior do menisco lateral.

Discreta erosão em revestimento cartilaginoso do vértice patelar, com área de edema condral interessando a faceta lateral.

Leve edema da gordura de Hoffa.

Tendões do quadriceps, patelar, popliteo, biceps femoral e da pata de ganso sem particularidades

Fossa poplítea preservada.

Estruturas musculares tróficas e com sinal habitual.

CARLOS EDUARDO BARBOSA PONTE - CRM 9327-CE
Profissional com Especialização
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 5332

Hospital do Engenheiro

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
18536906

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

20/08/2019 14:22:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8729204	THIAGO PABLO DE SANTANA	M	24/04/1981	38

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
5813300 SSP PE	3306065498		1-CASADO

Endereço
R AMADOR BUENO 461 TABATINGA CAMARAGIBE-PE CEP:54756274

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
86203477		MARIA JOSE DE SANTANA

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
01/08/2019	12:32		

Médico Atendente	Clínica
3558800 LUIGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIRE	4-CIRURGICA

Médico Acompanhante	Tipo Atendimento
3558800 LUIGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIRE	0 INTERNACAO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
3002-HAPVIDA	CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS LTDA 1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
812060168790005011	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
17887104	99999666	D15547169	INTERNACAO
17887104	30733073	D15547169	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR OU POSTERIOR #
			Material - 99832788 - PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITANIO - QTDE: 1 Material - 99887176 - LAMINA DE SHAVER - QTDE: 1 Material - 99923077 - PARAFUSO DE INTERFERENCIA - QTDE: 1 Material - 99943761 - DRENO IRRIGOPLAS 4 VIAS - QTDE: 1
17887104	30731216	D15547173	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO
17887104	30733065	D15547180	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO
17887104	30733049	D15547251	OSTEOCONDROPLASTIA – ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #
13880739	32040067	D22191383	JOELHO: A.P. - LATERAL

R4310KI - WANESSA KARINE DOS SANTOS

FICHA DE ANESTESIA

Data: 01/08/19

Hospital: Esperança

Paciente: Thiago Paula de Santana

Sexo: M | Cor: B | Idade: 38

Nome do Cirurgião: Luiz Paulo

Medicação Pré-Anestésica: X

Cirurgia: Reconstrução de LCA + Reparo de menisco + Sinovectomia total + transposição de mola de 1 tendão

Urgência: NÃO

Horário: 16:40h | 17:40h | 18:20h

Líquidos: RL | RL

SaO2 | ETCO2 | ECG: RCR | RCR | RCR | RCR | RCR

Drogas Usadas:
1) Neosinerg
2) Dimoet
3) Dormonid
4) Fentanil
5) Dexamedsan
6) Clorpidina
7) Diprivan
8) Novsedon
9) Ketoprofeno
10) Omeprazol

Técnica Anestésica:
1) Raquianestesia punção 13 h c/ agulha Tuoquin n° 25G, uso imediato infusão venosa + sedação + cobertura

Anotações

Monitorização: Cardioscópio, Oximetro, PNI, Sondagem Vesical, Capnografia, Estimulador Neuromuscular, Outros, BIS, Temperatura, Swan-Ganz, Analisador Gases, PVC, Estimulador de Nervo, Linha Arterial, Volemia IBP Plus

Encaminhado: Acordado, Sonolento, Intubado

Destino: SRPA, Apart./Enf., UTI, Externo

Intercorrência: NÃO | SIM

Descrever: Acesso venoso periférico n° 20G

Observações: PSD

Dr. Eduardo de Vasconcelos Viana
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CPF: 054.195.434-05
CRM-PE 22304

Assinatura do Anestesiologista

Hospital do Espinheiro

BOLETIM DE CIRURGIA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/08/2019 1

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA — Dt. Nasc.: 24/04/1981 — Atendimento: 18536906 — Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA — Posto: CENTRO CIRURGICO - HE — Leito: 300541/4

Profissional(is): [redacted] — Nº: 14343510 01/08/2019 às 16:55

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S835	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S835	[1]

ANESTESIA

Anestesia Geral Inalatório	RAQUI + SEDAÇÃO	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	01/08/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	16:40	[1]
Cirurgia	RECONSTRUÇÃO DE LCA + TRANSPOSIÇÃO DE MAIS DE UM TENDÃO + SINOVECTOMIA + OSTEOCONDROPLASTIA	[1]
Cirurgião	LUIGI PAOLO	[1]
Anestesista	EDUARDO VASCONCELOS	[1]
Instrumentador	ROMENIA	[1]
Descrição Cirúrgica	1- PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA 2- ESVAZIAMENTO + GARROTEAMENTO DO MID +ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTEREIS 3- INCISAO ANTERIOR EM TOPOGRAFIA DOS FLEXORES PARA RETIRADA DE ENXERTO DO GRACIL E SEMITENDINEO 4- REALIZADO PORTAIS ARTROSCOPICOS 5- VISUALIZADA EXTENSAO LESAO MENISCAL EM MENISCO MEDIAL, EM ALÇA DE BALDE 6- REALIZADO REPARO MENISCAL 7- VISUALIZADA LESAO COMPLETA DO LCA 8- RETIRADO RESTOS DO LIGAMENTO, CONFECCIONADO TUNEIS FEMORAL E TIBIAL COM GUIAS APROPRIADOS 9- PASSADO ENXERTO DO NOVO LIGAMENTO PELOS TUNEIS DE FEMORAL E TIBIAL 10- FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS METALICOS DE INTERFERENCIA 11- SUTURA + CURATIVO	[1]

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTAM Dt. Nasc. 24/04/1981 Emissão: 01/06/20

Convênio: HAPVIDA Nº Prescrição: 10669358 01/06/2019 às 16:42 Atendimento: 18536908

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE Leito: 300541/4 Prontuário 6729204

Peso: 90.00 kg

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE				3/3h	ORAL				dieta livre	
2. KEFAZOL (1.00g (D1/1)	Agua Destilad a	1g	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV				CRM-2
3. CLEXANE (40.00mg/ml) Alta vigilânci a		40mg	0.4 ML	(SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	22 SN	06		CRM-2
4. TRAMAL (50.00mg/ml) Alta vigilânci a	Soro Fisiologico	100mg	2 ML 100 ml	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV			AS 06.00H	CRM-2
5. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiologico	100mg	1 FRAP 100 ml	(FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV	22	06		CRM-2
6. OMEPRAZOL (40.00mg)	Agua Destilad a	40mg	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV	24			CRM-2
7. PLAMET (5.00mg/m)	Agua Destilad a	10mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	06			CRM-2
8. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Agua Destilad a	1000mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	22			CRM-2
9. CURATIVO GRANDE							24	06		CRM-2
10. SINAIS VITAIS										
11. BANHO NO LEITO										CRM-2
12. JELCO SALINIZADO										CRM-2
										CRM-2
										CRM-2

Profissionais: CRM-2244 2 LUIGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIR

Hospital do Ekgonhaing

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Dt. Nasc.: 24/04/1981
Nº Prescrição: 0010669356
Leito: 300541/4

Atendimento: 18536906
01/08/2019 às 16:42
Peso: 90.00 kg

Prontuário: 6729204

Emissão: 01/08/2019 23:00

PRESCRIÇÃO MÉDICA

								HORÁRIOS	
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE			3/3h	ORAL			dieta livre		
2. KEFAZOL (1.00g) (D1/1)	Agua Destilada	1 g	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV		22:00	; 02/08 - 06:00
3. CLEXANE (40.00mg/ml)		40 mg	0.4 ML	(SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	SN		
Alta vigilância			AS 08:00H						
4. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiologico	100 mg	2 ML 100 ml	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV		22:00	; 02/08 - 06:00
Alta vigilância									
5. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiologico	100 mg	1 FRAP 100 ml	(FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV		20:00	;
6. OMEPRAZOL (40.00mg)	Agua Destilade	40 mg	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV		06:00	;
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Agua Destilada	10 mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV		22:00	; 02/08 - 06:00
8. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Agua Destilada	1000 mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV		18:00	; 02/08 - 00:00 ; 02/08 - 06:00
9. CURATIVO GRANDE									
10. SINAIS VITAIS									
11. BANHO NO LEITO									
12. JELCO SALINIZADO									

Legenda horário : ◯ Indica item não administrado.
— Indica item checado.

RP1631 MAIRA RODRIGUES ARAUJO 01/08/2019 23:00 IP: 10.1.32.207

PRESCRIÇAO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Dt. Nasc.: 24/04/1981
Nº Prescrição: 0010689358
Leito: 300541/4

Atendimento: 18536906
01/06/2019 às 16:42
Peso: 90.00 kg

Emissão: 01/06/2019 16:41
Prontuário: 6729204

Reservado para o SVD

ENTEROFIX ____
Ass.

Hospital do Espinheiro

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA — Dt. Nasc.: 24/04/1981 — Atendimento: 18536906 — 01/08/2019 17:3

Convênio: HAPVIDA — Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE — Prontuário: 6729204

Profissional(is): WYLLIANE CARNEIRO DA [illegible] TÉCNICO DE ENFERMAGEM (COREN) — Leito: LPA-02/1

Nº: 14343946 01/08/2019 às 17:31

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ [illegible]

Hora

Descrição

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE [illegible]

Hora [1]

Hora 15:07

Descrição [1]

PCT ADMITIDO NO SETOR EM EGR : CONSCIENTE , ORIENTADO , EUPNEICO, NORMOCORADO , NORMOTENSO, DIETA ZERO , SEM AVP , RESTRITO AO LEITO , ELIMINAÇOES FISIOLOGICAS (+) . [1]

SEGUE AOS CCGG

Hora HD: JOELHO ESQUERDO

Hora 18

Descrição [1]

PCT SEGUE AOS CUIDADOS DO BC

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE [illegible]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM [illegible] [1]

Wylliane

Hospital do Espinheiro

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

02/06/2019 03:32

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA — Dt. Nasc.: 24/04/1981 — Atendimento: 18536806 — Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA — Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE — Leito: 111-P2/2

Profissional(is): [redacted] Nº: 14348018 02/06/2019 às 03:21

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ [redacted]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE [redacted]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE [redacted]

Hora		
Hora	20:00 PCTE RETORNA DO BC,CONSCIENTE,ORIENTADO,AFEBRIL,EUPNEICO,NORMOTENSO ,MEDICADO CPM,SEGUE EM OBS.	[1]
Hora	22:00 PCTE MEDICADO CPM.	[1]
Hora	00:00 PCTE MEDICADO CPM,AFERIDO SSVV.DADO OS CCGG.	[1]
	06:00 PCTE MEDICADO CPM,AFERIDO SSVV SEGUE AOS CCGG	[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM [redacted]

20:00 - MC PM;

Maria Eduarda [illegible] Nenâncio
COREN-PE [illegible].093-TE

Hospital do Espinheiro
Traumatologia, Ortopedia e Cirurgia

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/08/2019 15:33

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA **Dt. Nasc.:** 24/04/1981 **Atendimento:** 18536906 **Prontuário:** 6729204
Convênio: HAPVIDA **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HE **Leito:** 300541/4

Profissional(is): [illegible] **Nº:** 14342372 01/08/2019 às 15:28

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
Evolução de Enfermagem	PCT EGR CONSCIENTE ACIANOTICO ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL ANICTERICO AVP SEM SINAIS FLOGISTICOS TORAX SIMETRICO ABDOMEM PLANO ELIMINAÇAO FISIOLOGICAS PRESENTES	[1]
ALERGIAS		
ALERGIAS	NEGA	[1]
AVALIAÇÃO DE DOR		
Dor (0 A 10)	0	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Infecção Sitio Cirurgico	Sim	[1]
Perda De Dispositivos	Sim	[1]
Queda Adulto (Morse)	BAIXO RISCO	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Drª Brenda Mendes
Enfermeira
COREN-PE 431610

Hospital do Espinheiro

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/08/2019 23:30

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA **Dt. Nasc.:** 24/04/1981 **Atendimento:** 18536906 **Prontuário:** 6729204

Convênio: HAPVIDA **Posto:** POSTO 2 1ANDAR - HE **Leito:** 111-P2/2

Profissional(is): [redacted] **Nº:** 14347168 01/08/2019 **às** 23:27

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM [redacted]

Evolução de Enfermagem

HD = PÓS RECONSTRUÇÃO DE L.C.A JOELHO ESQUERDO [1]

Paciente evolui em EGR, consciente, orientada, contactuando, afebril ao toque, deambulando. Tórax simétrico, eupnéica sem suporte de oxigênio, AVP pérvio sem sinais flogisticos . Dieta via oral com boa aceitação, abdomen depressível e indolor a palpação, RH +. Curativo oclusivo externamente limpo. Eliminações fisiológicas: diurese [+] Evacuação [-] até o momento. Segue sob os cuidados de enfermagem.

AVALIAÇÃO DE RISCO [redacted]

Flebite

Sim [1]

DISPOSITIVOS [redacted]

Acesso Venoso Periférico

Sim [1]

Moira Rodrigues
Enfermeira
COREN-PE 253.221

Evanthelro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 02/08/2019 07:56

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc. 24/04/1981
Nº Prescrição: 10671085 02/08/2019 às 07:55
Leito: 111-P2/2

Atendimento: 18536906
Prontuário: 6729204
Peso: 90.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE			30h	ORAL				diete livre	CRM-23935
2. KEFAZOL (1.00g) Agua Destilada	1g	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV				CRM-23935
3. CLEXANE (40.00mg/ml) Alta vigilância	40mg	0.4 ML	(SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	SN		AS 06:00H	CRM-23935
4. TRAMAL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico Alta vigilância	100mg	2ML 100 ml	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV				CRM-23935
5. PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico	100mg	1 FRAP 100 ml	(FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV				CRM-23935
6. OMEPRAZOL (40.00mg) Agua Destilada	40mg	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV				CRM-23935
7. PLAMET (5.00mg/ml) Agua Destilada	10mg	2ML 18 ml	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV				CRM-23935
8. DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada	1000mg	2ML 18 ml	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV				CRM-23935
9. CURATIVO GRANDE									CRM-23935
10. SINAIS VITAIS									CRM-23935
11. BANHO NO LEITO									CRM-23935
12. JELCO SALINIZADO									CRM-23935

Profissionais: CRM-23935 THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO

DR. THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO
CRM-PE 23.935
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RP1541 THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO IP 10.1.32.206 02/08/2019 07:56

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE
Dt. Nasc.: 24/04/1981
Nº Prescrição: 0010671085
Leito: 111-P2/2
Atendimento: 18536906
02/08/2019 às 07:55
Peso: 90.00 kg
Prontuário: 6729204
Emissão 02/08/2019 08:50

PRESCRIÇÃO MÉDICA

							HORÁRIOS		
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE			3/3h	ORAL					
2. KEFAZOL (1.00g)						dieta livre			
Agua Destilada	1g	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV		14:00	; 22:00	; 03/08 - 06:00
3. CLEXANE (40.00mg/ml)									
Alta vigilância	40 mg	0.4 ML	(SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	SN	08:29		
4. TRAMAL (50.00mg/ml)			AS 06:00H						
Soro Fisiologico	100 mg	2 ML 100 ml	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV		14:00	; 22:00	; 03/08 - 06:00
Alta vigilância									
5. PROFENID IV (100.00mg)									
Soro Fisiologico	100 mg	1 FRAP 100 ml	(FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV		08:00	; 20:00	;
6. OMEPRAZOL (40.00mg)									
Agua Destilada	40 mg	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV		06:00		
7. PLAMET (5.00mg/ml)									
Agua Destilada	10 mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV		14:00	; 22:00	; 03/08 - 06:00
8. DIPIRONA (500.00mg/ml)									
Agua Destilada	1000 mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV		18:00	; 03/08 - 00:00	; 03/08 - 06:00 ;
9. CURATIVO GRANDE									
10. SINAIS VITAIS							10:00 ;		
11. BANHO NO LEITO									
12. JELCO SALINIZADO							12:00		
13. INCAO C/ JELCO									
		12/12h							
RP1531	JANAINA SOUSA DA SILVA	02/08/2019 08:50					10:00	; 22:00 ;	

IP: 10.1.32.2[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE
Vinculado para o SND

Dt. Nasc.: 24/04/1981
Nº Prescrição: 0010671085
Leito: 111-P2/2

Atendimento: 18536906
02/08/2019 às 07:55
Peso: 90.00 kg

Emissão 02/08/2019 08:50
Prontuário: 6729204

Legenda horário :
◯ Indica item não administrado.
— Indica item checado.

ENTEROFIX
Ass.

RP1691 JANAINA SOUSA DA SILVA 02/08/2019 08:50 IP: 10.1.32.206

Hospital do Espinheiro
Traumatologia, Ortopedia e Cirurgia

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA — Dt. Nasc.: 24/04/1981 — 02/08/2019 13:
Convênio: HAPVIDA — Atendimento: 18536906 — Prontuário: 6729204
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE — Leito: 111-P2/2
Profissional(is): RAFAELA MARIA AGUIAR DO NASCIMENTO, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN-PE 834822 (1) — Nº: 14348389 02/08/2019 as 07:09

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ

Hora 07:00 [1]

Descrição: Recebe plantao com Paciente evolui em EGR, consciente, orientada, contactuando, afebril, com Dieta via oral com boa aceitação.Segue sob os cuidados de enfermagem.

Hora [1]

Descrição: Pct medicado conforme prescricao medica+ssvv

Hora 14:00 [1]

Descrição: Pct medicado conforme prescricao medica

Hora 15:00 [1]

Descrição: Pct recebe alta para sua residencia com orientacao medica.

Hora [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

08:00 – HCPM

Maria Eduarda [illegible] Vendáncio
COREN-PE [illegible] 093-TE

Rafaela Aguiar
Coren 834 822

Hospital do Espinheiro

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

02/08/2019 10:16

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA **Dt. Nasc.:** 24/04/1981 **Atendimento:** 18536906 **Prontuário:** 6729204

Convênio: HAPVIDA **Posto:** POSTO 2 1ANDAR - HE **Leito:** 111-P2/2

Profissional(is): [redacted] **Nº:** 14350274 **02/08/2019** **às** **10:15**

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem	PACIENTE COM HD =1ºDPO RECONSTRUÇÃO DE LCA JOELHO ESQUERDO evolui em EGR, consciente, orientada, contactuando, deambulando. Tórax simétrico, eupnéica sem suporte de oxigênio, AVP pérvio sem sinais flogísticos . Dieta via oral com boa aceitação, abdomên depressível e indolor a palpação, RH +. renovado Curativo Eliminações fisiológicas: diurese [+] Evacuação [-] até o momento. Segue sob os cuidados de enfermagem.	[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirurgico	Sim	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

15:00 - Alta Hospitalar.

Hospital do Espinheiro

ADMISSÃO POSTO-CLÍNICO CIRÚRGICO

01/08/2019 16:4

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA | Dt. Nasc.: 24/04/1981 | Atendimento: 18538906 | Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA | Posto: CENTRO CIRURGICO - HE | Leito: 300541/4

Profissional(is): [redacted] Nº: 14343388 01/08/2019 às 16:45

[redacted]

Motivo Da Admissão Na Unidade	RECONSTRUÇÃ ODE LCA - SEM INTERCORRENCIAS	[1]
CID10	S835 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO	[1]

Hospital do Espinheiro

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE 02/08/2019 13:3

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA **Dt. Nasc.:** 24/04/1981 **Atendimento:** 18536906 **Prontuário:** 6729204

Convênio: HAPVIDA **Posto:** POSTO 2 1ANDAR - HE **Leito:** 111-P2/2

Profissional(is): [redacted] **Nº:** 14352874 02/08/2019 **às** 13:32

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO [redacted]

Evolução Do Paciente	PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTAVEL SEM INTERCORRENCIAS PANTURRILHAS LIVRES FO LIMPA E SECA CD: ALTA	[1]
Cid10	S835 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO	[1]

HOSPITAL CASA FORTE
RUA EDSON ALVARES, 370. CASA FORTE.
52061-141. RECIFE-PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente THIAGO PABLO DE SANTANA esteve afastada de suas atividades diárias, em vista de internação neste nosocomio de tratamento realizado do dia 01/08/19 até o dia 02/08/19, ficando afastada por mais quinze dias após a alta, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

CID: S835

Recife, 02/08/19

[illegible]
RESSONANCIA MAGNETICA [illegible]
NºPedido 9877199

Data 04/02/2019
Pág [illegible]

Paciente 6729204 THIAGO PABLO DE SANTANA

Nascimento [illegible] Sexo M [illegible] CPF [illegible]
Endereço [illegible] Tel [illegible]
Convênio [illegible]
Matrícula [illegible]
Solicitante: Dr(a) LUIGI PAOLO MARIS D

Queixa Principal
D

Exame:
RM DE JOELHO (UNILATERAL)

!4IS4."

[illegible]

RESSONANCIA MAGNETICA [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Laudo Médico

Atesto para os devidos fins que o Sr. Thiago Pablo Santana, portador do R.G. 5813300, foi submetido a tratamento cirúrgico para reconstrução de ligamento cruzado anterior em joelho esquerdo na data de 01.08.19, em tratamento de reabilitação, impossibilitado de realizar suas atividades laborais por 90 dias

CID-10 s835

Luiz Paulo Marques de Medeiros Araujo Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM PE 22442
[illegible]5424

[illegible]/08/2019

FORMULARIO EMERGENCIA CLINICA

ANAMNESE

DIAGNOSTICO

Hospital de Olhos Eyeberto

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
18536906

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

28/06/2019 14:22:41

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6729204	THIAGO PABLO DE SANTANA	M	24/04/1981	38

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
5814300 SSP PE	3306065498		1-CASADO

Endereço
R AMADOR BUENO 461 TABATINGA CAMARAGIBE-PE CEP 54756274

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mae
86203477		MARIA JOSE DE SANTANA

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
01/08/2019	12:32		

Medico Atendente	Clinica
3558800 LUIGI PAULO MARIS DE MEDEIROS FREIRE	4-CIRURGICA

Medico Acompanhante	Tipo Atendimento
3558800 LUIGI PAULO MARIS DE MEDEIROS FREIRE	0 INTERNACAO

Acomodação Especial

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA	CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS LTDA COLETIVO

Carteira	Validade
81206016879005011	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Plano	Acomodação	Leito

Atendimento	Procedimento	Guia	Descrição
17887104	99996666	015547169	INTERNACAO
17887104	30713073	015547169	RECONSTRUCAO RE ENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR OU POSTERIOR #
			Material [illegible]
			Material [illegible]
			Material [illegible]
			Material [illegible]
17887104	30715218	015547173	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO
17887104	30711065	015547180	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO
17887104	30711049	015547251	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA #
13880739	32040067	022191361	JOELHO A.P. LATERAL

FICHA DE ANESTESIA

Hospital: Esmeralda

BOLETIM DE CIRURGIA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: [illegible] DE SANTANA Dt Nasc: [illegible] Atendimento: [illegible] Prontuário: [illegible]

Convênio: [illegible] Leito: [illegible]

Profissional: [illegible] LUIGI PAOLO MAIOS DE MEDEIROS FREIRE - MEDICO, CRM 22442 [1] Nº [illegible]

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Clínico

Diagnóstico Cirúrgico

ANESTESIA

Anestesia Geral Inalatória

DADOS DA CIRURGIA

Data da Cirurgia

Hora Início Cirurgia

Cirurgia

Cirurgia

Anestesia

Instrumentador

Descrição Cirurgica

[illegible]

Paciente:
Convenio:
Posto:
Leito:
Atendimento:
Prontuario:
Peso

2 [illegible]	Agua Destilada	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3 [illegible]		40mg	1 AMP	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4 TRAMAL	Soro Fisiologico	100mg	1 EV	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5 [illegible]	Soro Fisiologico	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6 [illegible]	Agua Destilada	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7 [illegible]	Agua Destilada	[illegible]	2 AMP	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8 [illegible]						
9 [illegible]						
0 [illegible]						
1 [illegible]						
2 [illegible]						

Profissionais: [illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA — Apartamento

Paciente:
Convênio:
Posto:

Dt. Nasc.:
Nº Prescrição:
Leito:

Atendimento:
Pesos:

Emissão:

PRESCRIÇÃO MEDICA

HORARIOS

Alta vigilância

AS 06:00H

Alta vigilância

Legenda horário

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: [illegible]
Convenio: [illegible]
Posto: [illegible]
Reservado para [illegible]

Dt Nasc: [illegible]
Nº Prescrição: [illegible]
Leito: [illegible]

Atendimento: [illegible]
[illegible] 1[illegible] as [illegible]
Peso: [illegible]

Prontuário: [illegible]

ENTEROFIX

Ass

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ULTRASOM SERV MED LTDA - HE

Paginas 1 de

Cliente: [illegible] PADRE DE SANTANA

Convênio: [illegible] VIDA

Dt. Nas: 24/04/1981

Atendimento: [illegible]

Prontuário: [illegible]

Posto: [illegible] RECUPERACAO HUS ANESTE

Leito: [illegible]

Profissional: WYLLIANE CARNEIRO DA SILVA TRA TECNICO DE ENFERMAGEM COREN Nº [illegible] 21/08/2019 as [illegible]

574354 [illegible]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ

Hora

Descrição

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE

Hora

Hora

Descrição

Hora

Hora

Descrição

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Hospital Espanhol

REGISTROS TECNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

TRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: [illegible] DO PARELHO DE SANTANA — Dt. Nasc.: [illegible] — Atendimento: [illegible] — Prontuário: [illegible] — 02/06/2019 [illegible]

Convênio: [illegible] IDA — Posto: [illegible] SANTANA [illegible] — Leito: [illegible]

Profissional: SANDRA CRISTINA [illegible] TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN [illegible] Nº [illegible] 02/08/2019 às 09:21

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

Hora

[illegible] RETORNADO

[illegible] ENTERO INFENTACÃO ALTERAÇÃO [illegible]

[illegible] [illegible] SOLVEL SOLFAMOX

[illegible] MEDICADO EM

[illegible] MEDICADO EM APLICAÇÃO [illegible]

[illegible] MEDICADO EM [illegible]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

20:00 - RCPM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HF

01/08/2019 15:33

Paciente: [illegible] DE SANTANA Dt. Nasc: [illegible] Atendimento: [illegible] Prontuário: [illegible]

Idade: [illegible] Posto: CENTRO CIRURGICO - HF Leito: [illegible]

Profissionais: BRENDA NERI DE LIMA SANTOS - ENFERMEIRA [illegible] Nº [illegible] 01/08/2019 às 15:24

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

[illegible] PACIENTE ALERTA [illegible]
Acesso: [illegible] AVF SEM SINAIS FLOGISTICOS E TRAN
Cir: [illegible] ABDOMEM PLANO E EM NAÇÃO FISIOLOGICAS
Dia: [illegible]

ALERGIAS

ALERGIAS

AVALIAÇÃO DE DOR

DOR 0 A 10

AVALIAÇÃO DE RISCO

Infecção Sítio Cirúrgico

Perda De Dispositivos

Queda Adulto (Morse)

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

JETRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: [illegible] DE SANTANA — Dt. Nasc: [illegible] — Atendimento: [illegible] — Prontuário: [illegible]

Convênio: [illegible] — Posto: POSTO 2 TANDJAR [illegible] — Leito: [illegible]

Profissional(is): MARIANA [illegible] — Nº [illegible] 01/08/2019 [illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

[illegible]

AVALIAÇÃO DE RISCO:

[illegible]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

PRESCRIÇÃO MEDICA

Paciente

Convenio

Posto

Dt. Nasc.

Nº Prescrição

Leito

Atendimento

Peso

Emissão

PRESCRIÇÃO MEDICA

HORARIOS

Agua Destilada

Alta vigilância

AS 06.00H

Alta vigilância

Agua Destilada

Agua Destilada

Agua Destilada

REGISTROS TECNICOS DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

02/08/2019 10:1

ULTRA SOM IN RV MED LTDA - HE

Paciente: [illegible] PAULO DE SANTANA Dt. Nasc: 4/04/1947 Atendimento: 18[illegible] Prontuario: [illegible]

Convênio: [illegible] VIDA Posto: [illegible] SANDAN HE Leito: 11[illegible]

Profissional: HANAINASOUSA DA SILVA ENFERMEIRA CORE N [illegible] Nº 14390274 02/08/2019 [illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM [illegible]

Evolução de Enfermagem

[illegible]

AVALIAÇÃO DE RISCO [illegible]

Escala

Avaliação do Cuidado

DISPOSITIVOS [illegible]

Acesso Venoso Periférico

15:00 - Alta hospitalar

ADMISSÃO POSTO-CLINICO CIRURGICO

01/08/2019 16:4

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: [illegible] DE SANTANA — Dt Nas: [illegible] — Atendimento: [illegible] — Prontuário: [illegible]

Convênio: [illegible] — Pref: CENTRO CIRURGICO - HE — Leito: [illegible]

Profissional/s: [illegible] — Nº [illegible] — [illegible] às [illegible]

ANAMNESE [illegible]

MOTIVO [illegible]

Motivo: Admissão Na Unidade

CID10

[illegible] NEFROPATIA DIABETICA EM INTERVENIENTES NÃO

[illegible] INTOXICAÇÃO E DISTENSÃO DE NÓDULO E NEUROFIBROMATOSE

[illegible] ANTERIORES POSTERIORES DO CORPO E NÃO

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLINICO-CIRÚRGICO

ULTRA SOM - ERV MED LTDA - HF

02/08/2019 13:3

Paciente: [illegible] SANTANA Dt. Nasc.: 24/04/1981 Atendimento: [illegible] Prontuário: [illegible]

Convênio: [illegible]VIDA Posto: POSTO 2 SANDAR - HF Leito: [illegible]

Profissional(is): LUIGI PAULO MARIS DE MEDEIROS [illegible] CRM [illegible] Nº: 14[illegible]2974 02/08/2019 às 13:32

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução do Paciente [illegible]

CID 10 [illegible]

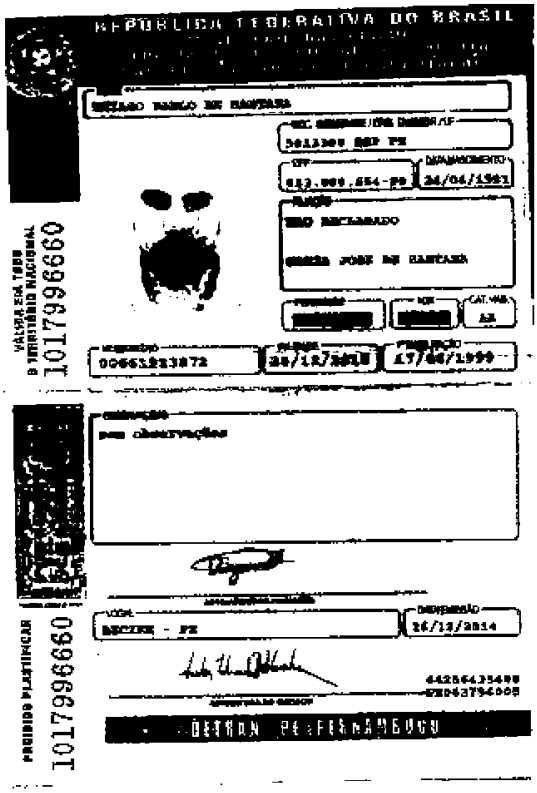
HOSPITAL CASA FORTE
RUA ELDSON ALVARES, 270 CASA FORTE
52061-[illegible] RECIFE-PE

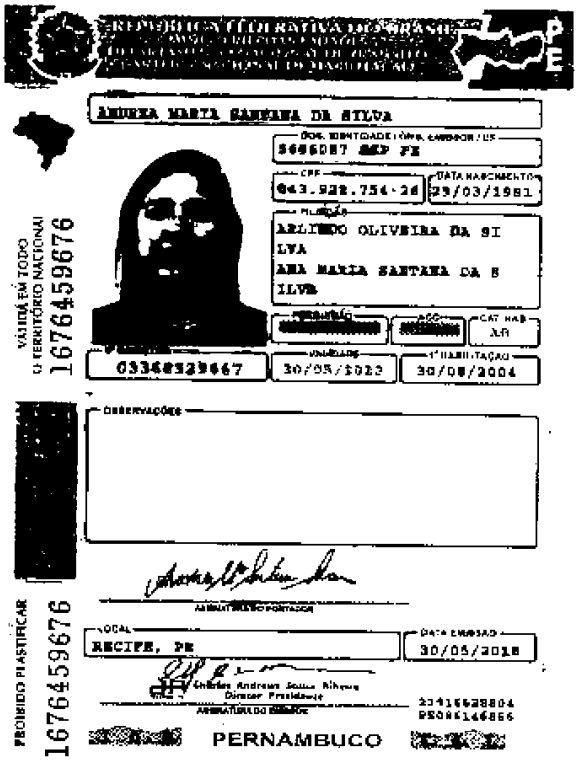
ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente [illegible] SANTANA [illegible] está
[illegible] as atividades diárias, em vista de [illegible] deste hospital como de tratamento [illegible]
[illegible] 08 [illegible] 2020 [illegible] pela [illegible] de pressão alta, [illegible]
[illegible] tratamento [illegible]

CID: [illegible]

Recife, [illegible] 2020


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DETRAN PERNAMBUCO
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
PROIBIDO PLASTIFICAR
1017996660



ANDREA MARTA SANTANA DA SILVA

5686087 SSP PE

CPF 043.922.754-26

DATA NASCIMENTO 23/03/1981

FILIAÇÃO
ARLINDO OLIVEIRA DA SI
LVA
ANA MARIA SANTANA DA S
ILVA

CAT. HAB. AB

033489329667

VALIDADE 30/05/2023

1ª HABILITAÇÃO 30/08/2004

OBSERVAÇÕES

LOCAL RECIFE, PE

DATA EMISSÃO 30/05/2018

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

22416628804
PE0061146866

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1676459676

PROIBIDO PLASTIFICAR

1676459676

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 01480381335 0

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CÓD. RENAVAM — RENIEC — EXERCÍCIO

NOME

LACA

PLACA ANT / UF

ESPÉCIE TIPO

MARC. MODELO — ANO

CAP / POT CIL — CATEGORIA — COR PRIN. MINORITÁRIA

COTA ÚNICA — VENC. COTA ÚNICA — VALOR — SITUAÇÃO

PARCELAMENTO / COTAS — 1ª — 2ª — 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) — IOF (R$) — PRÊMIO TOTAL (R$) — DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 01480381335 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

VIA — CPF / CNPJ

RENAVAM — MARCA / MODELO

ANO FAB. — Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$) — DENATRAN (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$) — IOF (R$)

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA — PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTACAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 014803813350
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA | CÓD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO
59126649

NOME
ZURAZO RASOY DE SANTANA

CAMARAGIBE-PE

CPF / CNPJ | PLACA
033.060.654-48

PLACA ANT / UF | CHASSI
**********PE | 9C2RD0420

ESPÉCIE-TIPO | COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA

MODELO | ANO FAB
CBX 200

CAP / POT PIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
PVA	1		1ª 2ª 3ª

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11			

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

CONTRAN

CAMARAGIBE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014803813350 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO

VIA 1 | CPF / CNPJ | PLACA

RENAVAM 1561 | MARCA - MODELO

ANO FAB | CAPACIDADE | Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	DATA DE EMISSÃO
4.15	0.12	

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

OBS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

OBS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384338/19

Vítima: THIAGO PABLO DE SANTANA

CPF: 033.060.654-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/06/2017

Titular do CPF: THIAGO PABLO DE SANTANA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA : 043.922.754-26

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

THIAGO PABLO DE SANTANA : 033.060.654-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/11/2019
Nome: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
CPF: 043.922.754-26

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

CARTA EXPLIVATIVA

[illegible]

[illegible]
HOSPITAL hapvida Espinheiro

[illegible]
[illegible] DER DPVAT

[illegible]

Desde a agradeço a compreensão

CONTATOS: (81) 98552-9424 / 99259-0049

[illegible]

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

(PROCURADORA)