



29/01/2020

Número: **0089259-08.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TARCIANE MARIA FERREIRA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57113095	29/01/2020 14:06	2686597_CONTESTACAO_01	Procuração



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 26ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE – SEÇÃO B

Processo: 00892590820198172001

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 **TARCIANE MARIA FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/05/2019**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **24/01/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TARCIANE MARIA FERREIRA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 02192
CONTA: 000000089206-0

Nr. da Autenticação 2B2F85FB61EDB822



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190451324

Nome do(a) Examinado(a): TARCIANE MARIA FERREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DR JOAO B VIEIRA, 54 -
BEZERROS/PE - CEP 55660-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 9426955 - SDS - 15/04/2019

Data e Local do Acidente : 24/01/2019 - Bezerros

Data e Local do Exame : 08/08/2019 CLINICA CLESAN-AV FREI CANECA,
240 - GARANHUNS/PE - CEP 55295-515

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de Rádio e Ulna proximal à direita fechada.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Não realizou tratamento cirúrgico por falta de disponibilidade no SUS após 26 dias de internamento colocaram gesso por 45 dias em região de cotovelo direito.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Apresenta rigidez articular com flexão viciosa em torno de 35% fletido, não consegue realizar o movimento de extensão do cotovelo devido a rigidez, consegue, em torno de 10% apenas, realizar a extensão do cotovelo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Rigidez em cotovelo direito moderada.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em



caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

cotovelo direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Não realizou fisioterapia por falta de disponibilidade no SUS.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451324

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA

Data do acidente: 24/01/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de Rádio e Ulna proximal à direita fechada.

Descrição do exame físico: Apresenta rigidez articular com flexão viciosa em torno de 35% fletido, não consegue realizar o movimento de extensão do cotovelo devido a rigidez, consegue, em torno de 10% apenas, realizar a extensão do cotovelo.

Resultados terapêuticos: Não realizou tratamento cirúrgico por falta de disponibilidade no SUS após 26 dias de internamento colocaram gesso por 45 dias em região de cotovelo direito.
Alta médica.

Sequelas permanentes: Déficit funcional moderada do cotovelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do cotovelo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

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

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

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

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

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 15 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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **TARCIANE MARIA FERREIRA**, em curso perante a **26ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00892590820198172001.

Rio de Janeiro, 15 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

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





Número: **0089259-08.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TARCIANE MARIA FERREIRA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57113096	29/01/2020 14:06	ANEXO 1	Outros (Documento)



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sra. Tarciane Maria Ferreira, Identidade: 9.426.955 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço, número da ocorrência – 4269 no dia 24 de Janeiro de 2019, às 09h e 35 min. com queixa de queda de Moto, na PE 103, no Município de Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 15 de maio de 2019.

Regina Moraes
Coord. de Enfermagem do Samu Bezerros
COREN 142624

REGINA MORAIS
Coord. - SAMU
Bezerros-PE

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 –Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		REGISTRO:	CARTÃO DO SUS: 909 403
Q: 24-01-19		HORA: 10:12	TELEFONE: 99406-8899
VIE: Larissa Maria Ferreira		IDADE: 19 anos	
MÃE DA MÃE: Maria Claudete da Silva			
DATA DE NASCIMENTO: 13/09/1999		ACOMPANHANTE:	
D: K. Tio João Bernardo Lima		BAIRRO: Salgado N.º	
SINAIS VITAIS			
140/90 mmHg	HGT: 96 mg/dL	T: 36 °C	PESO: kg
Fócn. Enfermagem/COREN			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O FC <50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 lpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS <80 ou >200mmHg O PAD <40 ou >130 mmHg HGT <40 ou >40 mg/dl O Convulsão no momento
4. O Politraumatizado/Glasgow <12 O Letargia O Queimaduras em mais de 15% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

(- Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação)

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS <90 ou >180mmHg O PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
2. O Febre >39°C O Febre com imunodepressão O História de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
3. O Tumor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ <10% O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. O Febre sem outros sinais clínicos <39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Exzaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tossa, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames a receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

☐ Vermelho

☐ Amarelo

☒ Verde

☐ Azul

stragda pelo SMO após cabção de
mão + fatura em ms

Alergias: () NÃO () SIM, a

ENCAMINHADO:

Jéssica Gomes de Sá Silva
Enfermeira
Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES

Assinatura da Assistente Social e carimbo



Queixas:

Adm em Bmco (E) + angustia + dor no
 Hx de trauma de parto.

Exame físico:

UGB.

H.D.:

Insucesso Bmco (E) + UGK.
 Dor no lo com fratura

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

1) Solicitar IBA L

2) Realizar IBA L

3) F de Ceto

Transferir R.A

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
<input checked="" type="checkbox"/> Consulta simples	<input type="checkbox"/> Melhora	Data: ____/____/____	SIM ()
<input type="checkbox"/> Consulta c/ Observação	<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação	Hora: ____:____:____	NÃO ()
<input type="checkbox"/> Indicação (Internamento)	<input type="checkbox"/> Transferência		DIAS: ____
	<input type="checkbox"/> Indisciplina		
	<input type="checkbox"/> Óbito		

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

Dr. Breno Moura
 Médico
 CRM 25792

Médico

original





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: TARCIANE MA FERREIRA Idade: 19
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: 1774
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motociclista ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: DOR EM BRACO @ + CHEGADA +
DESVIO APÓS QUESA DE MOTO. SILE
Hipótese Diagnóstica: TRAUMA EM UNHO @

AValiação CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorosa: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior
2020.01.29



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Inresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
 Abertura Ocular a Voz 3
 Abertura Ocular a dor 2
 Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
 Confuso 4
 Resposta Inapropriada 3
 Sons Incompreensíveis 2
 Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
 Localiza Estímulo Doloroso 5
 Retirada ao Estímulo Doloroso 4
 Descorticação 3
 Descerebração 2
 Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinal de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
 Dificuldade na fala ()
 Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
 ECG 3-8: TCE Grave
 ECG 9-13: TCE Moderado
 ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
 Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
 Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
 Hálito Alcolólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
 Uso outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
 Lólo () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
 Imobilização Tala Gessada: S () N ()
 Antibiótico: S () N () Especificar: _____
 Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
 Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
 Entubação Orotraqueal: S () N ()
 Ventilação Mecânica: Modalidade _____
 FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
 RX: S () N () Analgesia: S () N ()
 Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
 Volume de Fluidos Infundido: _____
 Outras Condutas: _____
 Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ECG 15, ECG 15, ANA H.
 An: ANO MTT Sm

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____
 Médico Regulador: _____ Hora: _____
 Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

29/11/19
 Local e data

Dr. Breno Moura
 Médico
 CRM 25792

Médico Assistente



11-11-11

Prontuário: 332619

Religião:

CNS:

Nº: 4

Estado: PE

Profissão: AGRICULTOR

Acompanhante:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Por favor, os detalhes do motor: cm. ±
4H000. OI cor do cotovelo V.

PA: _____ FC: _____ FR: _____

$$CO_2 + 500m + 25$$

f. uxi⁵ cotadaw 0

1-0-20w

1- IF 9.4 r. 1000 p (v)

3. unmündig nicht 80306

Dieta: _____

Horário

Ally's Invention

ALG-3: COLOUR(0) \rightarrow 10

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA 24/01/19

Dr. Agostin D'Amico
No. 14 - Traumatologia
CRM - 16117





COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 227435

NOME: <u>Yasamine Maria Ferreira</u>		REGISTRO: <u>332619</u>		CATEGORIA: <u>SUS</u>	
HOSPITAL: <u>HRA</u>		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	COG: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> N	IDADE: <u>19</u>	HORARIO: <u>17:00</u>
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: <u>Ematoma lateral da cabeça</u>		PESO: <u>85</u>	PA: <u>120/80</u>	FC: <u>85</u>	DATA: <u>24.01.19</u>
DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO: <u>sem</u>		CODIGO CIRURGIA: <u>310714709-42</u>		RESPIRACAO ASA: <u>I-F</u>	
CREMAÇÃO PROPOSTA:		FORTE: <u>M</u>			
CREMAÇÃO REALIZADA: <u>De acordo com o paciente</u>					
ANOTAÇÕES:					

AGENTES	CONC	QUANTIDADE	TECNICA ANESTESICA
<u>Propofol</u>	<u>200</u>	<u>10</u>	<u>Propofol</u>
<u>Midazolam</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Venoso</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Arterial</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Urinário</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Cardíaco</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Pulmonar</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Renal</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Hepático</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Digestivo</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Respiratório</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Circulatório</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Nervoso</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Muscular</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Endócrino</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Reprodutivo</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Imunológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Hematológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Genético</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Celular</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Molecular</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Bioquímico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Fisiológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Psicológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Social</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Cultural</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Religioso</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Filosófico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Político</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Econômico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Jurídico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Literário</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Artístico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Científico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Tecnológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Histórico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Geográfico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Astronômico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Meteorológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Climatológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Oceanográfico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Geológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Biológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Químico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Físico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Matemático</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Estatístico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Probabilístico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Lógico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Filosófico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Político</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Econômico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Jurídico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Literário</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Artístico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Científico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Tecnológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Histórico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Geográfico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Astronômico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Meteorológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Climatológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Oceanográfico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Geológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Biológico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Químico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Físico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Matemático</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Estatístico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Probabilístico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	
<u>Artif. Lógico</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	

Atribuição: 479212

Pedido: 
121125

Data Pedido: 24/01/2019

Controle: 97990

Paciente: 332619 TARCIANE MARIA FERREIRA

Nascimento: 15/04/1999 (19a 9m 11d)

Leito:

Unid. Intern:

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Serviço Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA

Sexo: FEMININO

Serviço Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME

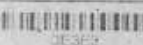

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante: 0 - Não Informado

Accession Number	Access. N. Hex	Código Descrição	Entrega
254947		902 RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO (AP)	24/01/2019
254948		903 RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO (PERFIL)	24/01/2019

RX - REALIZADO

DATA 24.01.19

HORA 17:20

TC [Assinatura]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Tarciane Maria Ferreira

Prontuário: 332619

Data: / /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

① Fratura - luxação do cotovelo ①

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ass. ambulatório de ortopedias.

Retorno em 15 dias.

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento com imobilização com tala gessada
observada estabilidade após 1 mês de tratamento.

Optado por mudança de conduta e tratamento
conservador.

Alta Hospitalar: Data: 21 / 02 / 19

Hora:


Dr. Marcos Rosendo
ORTOPEDISTA
CLÍNICA DA COLUNA VERTEBRAL
CRM - 17.221.1107 - 12.921

Ass. do Médico e CRM
Carimbo







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727563469
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1188020709 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME MARIA VANESSA DA SILVA

BEZERRAS PE D

CPF / CNPJ 108.842.188-00 PLACA CYR1398

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2KD0540ER063162

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / XR150 PAS 150 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL 25 / 149 CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

FAIXA I.R.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 300,00 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 300,00 DATA DE PAGAMENTO 11/05/18

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

LOCAL 11/05/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Dir. Localidade Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013727563469 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA VANESSA DA SILVA

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

BEZERRAS PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/05/18

VIA 1 CPF / CNPJ 108.842.188-00 PLACA CYR1398

RENAVAM 1188020709 MARCA / MODELO HONDA / XR150 PAS 150

ANO FAB. 2014 CIL. 150 Nº CHASSI 9C2KD0540ER063162

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 0,00 DENATRAM (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 300,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAGO (R\$) 300,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-04

ESTADOS E GUARDES O BILHETE DPVAT
SÃO MANTIDOS POR OBRIGATORIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451324 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA **Data do acidente:** 24/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de Rádio e Ulna proximal à direita fechada.

Descrição do exame físico: Apresenta rigidez articular com flexão viciosa em torno de 35% fletido, não consegue realizar o movimento de extensão do cotovelo devido a rigidez, consegue, em torno de 10% apenas, realizar a extensão do cotovelo.

Resultados terapêuticos: Não realizou tratamento cirúrgico por falta de disponibilidade no SUS após 26 dias de internamento colocaram gesso por 45 dias em região de cotovelo direito.
Alta médica.

Sequelas permanentes: Déficit funcional moderada do cotovelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do cotovelo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451324

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA

Data do acidente: 24/01/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA / LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO (PG 6).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451324 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA **Data do acidente:** 24/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA / LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451324

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA

Data do acidente: 24/01/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de Rádio e Ulna proximal à direita fechada.

Descrição do exame físico: Apresenta rigidez articular com flexão viciosa em torno de 35% fletido, não consegue realizar o movimento de extensão do cotovelo devido a rigidez, consegue, em torno de 10% apenas, realizar a extensão do cotovelo.

Resultados terapêuticos: Não realizou tratamento cirúrgico por falta de disponibilidade no SUS após 26 dias de internamento colocaram gesso por 45 dias em região de cotovelo direito.
Alta médica.

Sequelas permanentes: Déficit funcional moderada do cotovelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do cotovelo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190451324

Nome do(a) Examinado(a): TARCIANE MARIA FERREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DR JOAO B VIEIRA, 54 -
BEZERROS/PE - CEP 55660-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 9426955 - SDS - 15/04/2019

Data e Local do Acidente : 24/01/2019 - Bezerros

Data e Local do Exame : 08/08/2019 CLINICA CLESAN-AV FREI CANECA,
240 - GARANHUNS/PE - CEP 55295-515

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

Fratura de Rádio e Ulna proximal à direita fechada.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

Não realizou tratamento cirúrgico por falta de disponibilidade no SUS após 26 dias de internamento colocaram gesso por 45 dias em região de cotovelo direito.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

Apresenta rigidez articular com flexão viciosa em torno de 35% fletido, não consegue realizar o movimento de extensão do cotovelo devido a rigidez, consegue, em torno de 10% apenas, realizar a extensão do cotovelo.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

Rigidez em cotovelo direito moderada.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal
permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**



caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

cotovelo direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Não realizou fisioterapia por falta de disponibilidade no SUS.



Dr. Cleudo Miranda Filho
Médico
CRM-PE 19091

CLEUDO MIRANDA FILHO CRM : 19091 / UF :PE





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, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451324

Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA

Data do Acidente: 24/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TARCIANE MARIA FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14641569





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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451324

Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA

Data do Acidente: 24/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01949/01950 - carta_02 - INVALIDEZ

00060975



Carta nº 14653387





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, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451324

Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA

Data do Acidente: 24/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TARCIANE MARIA FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **TARCIANE MARIA FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000089206-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01921/01922 - carta_15R - INVALIDEZ

00320961





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	129.114.524-96	Tanciane Maria Ferreira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Tanciane Maria Ferreira	129.114.524-96	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Rua do João B. Ferreira	54
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Bezerros	PE
E-mail:	CEP:	Telex (DDD):
	55660-000	81199456-0670

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R 1.000,00	<input type="checkbox"/> R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00	<input type="checkbox"/> R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00	<input type="checkbox"/> R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 2192	CONTA: 89206
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		Vítima deixou pais/avós vivos?

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.

Local e Data, Bezerros, 18-07-19	TESTEMUNHAS
Nome:	1º Nome:
CPF:	CPF:
	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2º Nome:
Tanciane Maria Ferreira	CPF:
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

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

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

V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0045003593**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/05/2019** às **10:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/1/2019** às **09:00**

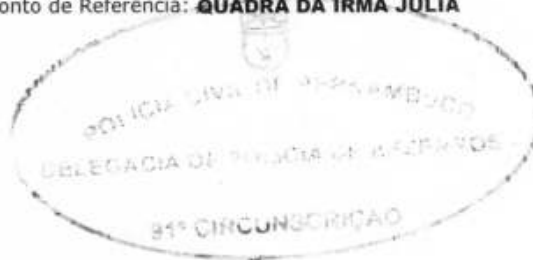
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, RUA AANTONIO PATRICIO** - Bairro: **SALGADO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **QUADRA DA IRMÃ JÚLIA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... (AUTOR \ AGENTE)
MARIA VANESSA DA SILVA (OUTRO)
TARCIANE MARIA FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA VANESSA DA SILVA



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

TARCIANE MARIA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ELISSANDRA DA SILVA**
Pai: **GIVANILDO JOSÉ FERREIRA** Data de Nascimento: **15/4/1999** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9426955/SDS/PE (RG). 12911452496 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 993874980**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 54, RUA DR. JOÃO BERNADDO VIEIRA - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARIA VANESSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA VANESSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA VANESSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

17/05/2019 10:04



Placa: **OYR1398** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **115502070** Chassi: **9C2KD0540ER063162**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VITIMA , A MESMA NOTICIA QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRAS MENCIONADOS ESTAVA TRAFEGANDO COM A FERERIDA MOTOCICLETA QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR QUE DA QUEDA SOFREU ESCORIAÇÕES E UMA LESÃO NO BRAÇO DIREITO , SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE DERA ENTRADA CONFORME REGISTRO N° 909403, DATADO DE 24/01/19 AS 10H12. COMO MÉDICO QUE O ATENDEU O DR. BRENO MOURA . CRM 25792. DIANTE DO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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

Tarciane Maria Ferreira
TARCIANE MARIA FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RÔMULO SANTOS** - Matrícula: **221298-6**



17/05/2019 10:04





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0045005222**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/07/2019** às **15:13**

Complementa o BO Número: **19E0045003593**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/1/2019** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 1, RUA AANTONIO PATRICIO** - Bairro: **SALGADO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **QUADRA DA IRMÃ JÚLIA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... (AUTOR \ AGENTE)
MARIA VANESSA DA SILVA (OUTRO)
TARCIANE MARIA FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TARCIANE MARIA FERREIRA

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

TARCIANE MARIA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA ELISSANDRA DA SILVA
Pai: **GIVANILDO JOSÉ FERREIRA** Data de Nascimento: **15/4/1999** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9426955/SDS/PE (RG), 12911452496 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 993874980**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 54, RUA DR. JOÃO BERNADDO VIEIRA - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARIA VANESSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA VANESSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TARCIANE MARIA FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR1398 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **115502070** Chassi: **9C2KD0540ER063162**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**



Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VITIMA , A MESMA NOTICIA QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRAS MENCIONADOS ESTAVA TRAFEGANDO COM A FERERIDA MOTOCICLETA QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR QUE DA QUEDA SOFREU ESCORIAÇÕES E UMA LESÃO NO BRAÇO DIREITO , SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE DERA ENTRADA CONFORME REGISTRO N° 909403, DATADO DE 24/01/19 AS 10H12. COMO MÉDICO QUE O ATENDEU O DR. BRENO MOURA . CRM 25792. DIANTE DO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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

Tarciane Maria Ferreira

TARCIANE MARIA FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cicero Abilio de Almeida* - Matrícula: **1581678**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	129.114.524-96	Tanciane Maria Ferreira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Tanciane Maria Ferreira	129.114.524-96	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Rua do João B. Ferreira	54
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Bezerros	PE
E-mail:	CEP:	Telex (DDD):
	55660-000	81199456-0670

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R 1.000,00	<input type="checkbox"/> R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00	<input type="checkbox"/> R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00	<input type="checkbox"/> R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 2192	CONTA: 89206
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

	Local e Data, Bezerros, 18-07-19	TESTEMUNHAS
	Nome:	1º Nome:
	CPF:	CPF:
		Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2º Nome:
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF:
		Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)		
Assinatura do Procurador (se houver)		

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

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

V001/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sra. Tarciane Maria Ferreira, Identidade: 9.426.955 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço, número da ocorrência – 4269 no dia 24 de Janeiro de 2019, às 09h e 35 min. com queixa de queda de Moto, na PE 103, no Município de Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 15 de maio de 2019.

Regina Moraes
Coord. de Enfermagem do Samu Bezerros
COREN 142524

REGINA MORAIS
Coord. - SAMU
Bezerros-PE

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 –Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		REGISTRO:	CARTÃO DO SUS: 909 403
Q: 24-01-19		HORA: 10:12	TELEFONE: 99406-8899
VIE: Mariana Mariana Ferreira		IDADE: 19 anos	
MÃE DA MÃE: Mariana Maranhão da Silva			
DATA DE NASCIMENTO: 13/09/1999		ACOMPANHANTE:	
D: K. Tio João Bernardo Lima		BAIRRO: Salgado N.º	
SINAIS VITAIS			
140/90 mmHg	HGT: 96 mg/dL	T: 36 °C	PESO: kg
Fisc. Enfermagem/COREN			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC <50 ou >140bpm ☐ FR <10 ou >32 lpm
2. ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
3. ☐ PAS <80 ou >200mmHg ☐ PAD <40 ou >130 mmHg ☐ HGT <40 ou >40 mg/dl ☐ Convulsão no momento
4. ☐ Politraumatizado/Glasgow <= 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 15% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
6. ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

(- Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação)

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. ☐ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS <90 ou >180mmHg ☐ PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
2. ☐ Febre >39°C ☐ Febre com imunodepressão ☐ História de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação
3. ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento
4. ☐ Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% ☐ Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe
7. ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. ☐ Febre sem outros sinais clínicos <39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Exzaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave
5. ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. ☐ Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente
2. ☐ Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. ☐ Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames a receitas não urgentes
6. ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

☐ Vermelho

☐ Amarelo

☒ Verde

☐ Azul

estragada pelo SMO após cabção de
mão + fatura em ms

Alergias: () NÃO () SIM, a

ENCAMINHADO:

Jéssica Gomes de Sá Silva
Enfermeira
Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES

Assinatura da Assistente Social e carimbo



Queixas:

Adm em Braço (E) + angustia + dor no
H. de 10 dias de início.

Exame físico:

UGB.

H.D.:

Insucesso Braço (E) + UGAB.
H. de 10 dias de início.

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

1) Solicitar IBA L

2) Realizar IBA L

3) F. de C. e. e. e.

Transferir R.A.

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
<input checked="" type="checkbox"/> Consulta simples	<input type="checkbox"/> Melhora	Data: ____/____/____	SIM ()
<input type="checkbox"/> Consulta c/ Observação	<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação	Hora: ____:____:____	NÃO ()
<input type="checkbox"/> Indicação (Internamento)	<input type="checkbox"/> Transferência		DIAS: ____
	<input type="checkbox"/> Indisciplina		
	<input type="checkbox"/> Óbito		

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

Dr. Breno Moura
Médico
CRM 25792

Médt

original





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: TARCIANE MA FERREIRA Idade: 19
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: ANA
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motociclista ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: DOR EM BRAÇO (D) + CHEGADA +
DESVIO APÓS QUESA DE MOTO. SÍTEC
Hipótese Diagnóstica: TRAUMA EM UNHO (D)

AValiação CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorosa: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/01/2020 14:06:03
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914060332400000056180230
Número do documento: 20012914060332400000056180230



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Inresponsivo ()

Escola da Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sans Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinal de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Hélio Alcoolico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibiotioterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
PIO2: _____
Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ECG 12, ECG 15, ANA H.
An: *WOT MTT Sm*

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

29/11/19
Local e data

Dr. Breno Moura
Médico
CRM 25792

Médico Assistente



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TARCIANE MARIA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000089206-0

Nr. da Autenticação 2B2F85FB61EDB822



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ERLAINE MICHELLE DA SILVA CPF: 086.497.974-66 NIS: 16088090066	DATA DE VENCIMENTO 30/04/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/04/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 23/04/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 059279118	CONTA CONTRATO 007002996310 Nº DO CLIENTE 2010570846 Nº DA INSTALAÇÃO 0000338725
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DR JOAO B VIEIRA 54 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 356F.9922.5A58.279F.F0BC.67BD.96D4.0E42			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,26141533	7,84
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,44814056	31,36
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	41,00	0,67221085	27,56
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
ICMS_Subvenção Baixa Renda			0,97
TOTAL DA FATURA			73,62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
66,76	25,00	16,69	66,76	1,35	0,90	66,76	6,21

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Vencido	Dt Reav	Valor	
02/01/17	23/01/17	39,71	

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17629850	ABR 19	141
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222600	MAR 19	159
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,45333900	FEV 19	126
		JAN 19	147
		DEZ 18	162
		NOV 18	151
		OUT 18	176
		SET 18	154
		AGO 18	143
		JUL 18	139
		JUN 18	107
		MAI 18	99
		ABR 18	123

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	20,87	31,26	
Transmissão	3,09	4,63	
Distribuição (Celpe)	14,44	21,63	
Encargos Setoriais	2,09	3,13	
Tributos	21,73	32,55	
Perdas de Energia	4,54	6,80	
TOTAL	66,76	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
H41859	CAT	23/03/2019 34.630,00	23/04/2019 34.771,00	31	1,00000	0,00	141,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/05/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,01					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO							
Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelie: av prf amarel 80 sao sebastiao.Lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 42,28. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO MÁXIMO								
220	202 231								
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007002996310	04/2019	0,00	30/04/2019	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para 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: 4026-1596 / 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

Eu, Maria Vanessa da Silva
RG nº 7.889.607, data de expedição 01/02/19,
Órgão SDS, portador do CPF nº 108.842.984-00,
com domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Manoel Cordeiro, nº 99,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Tarciana Maria Ferreira, cujo o condutor era
Tarciana Maria Ferreira.
Veículo: patimobilidade Modelo: Honda/NXR 150 Bros ESD Ano: 2018
Placa: 04R1308 Chassi: 9C2K00540ER063152
Data do Acidente: 24/01/19

Local e Data: Bezerros 09/05/2019

Maria Vanessa da Silva Bezerres
Assinatura do Declarante

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

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3726-1182
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 09/05/2019 10:45:39
MARIA VANESSA DA SILVA BRADNER, Dono de
Em testemunho, da Cidade de Bezerros, PE, Custas R\$ 3,99
TSMR R\$ 0,92
Total R\$ 4,91
Selo Digital N. 0077727.GM03201904.00445
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

