



Número: **0078666-17.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARINALDO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56820220	23/01/2020 09:06	2687105_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00786661720198172001

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

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 **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**, 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 **09/06/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 16/03/2018.

Cumprido 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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, 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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, 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, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180166568	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA	Data do acidente: 09/06/2017	Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO				
Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO				
Resultados terapêuticos: NO DIA DO ACIDENTE, FOI REALIZADO REDUÇÃO DE DANOS COM LAVAGEM E FIXAÇÃO EXTERNA. EM 30/06/2017, FOI RETIRADO FIXADOR E REALIZADO OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA MOTORA. ALTA ORTOPÉDICA APRESENTA DEFORMIDADE DE JOELHO, DESVIO EM VARO COM HIPOTROFIA IMPORTANTE DE PANTURRILHA, DIFICULDADE DE MARCHA COM CLAUDICAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR DE JOELHO				
Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Data da perícia: 27/04/2018				
Conduta mantida:				
Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -				
Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES				
CRM do médico: 52.63021-7				
UF do CRM do médico: RJ				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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:

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



"(...) 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, discorrendo 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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), 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 09/06/2017. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), conforme demonstrado abaixo:

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: 02/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000238225-2

Nr. da Autenticação 7285AEEE6B36234A

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

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



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 sequela 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\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

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.”



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 citação⁶.

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 ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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 a 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 Súmula 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.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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



Requer a produção de prova pericial nos termos do 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, 17 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



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/CE 27.954-A, **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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**, em curso perante a **12ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00786661720198172001.

Rio de Janeiro, 17 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: **0078666-17.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARINALDO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56820221	23/01/2020 09:06	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7 - ANEXO ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 27/04/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7 - ANEXO ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 27/04/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180166568**

Vítima: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **09/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARYLOU SILVA DE FREITAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180166568**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12661580

Pag. 00187/00188 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Sinistro: **3180166568**

Vítima: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **09/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARYLOU SILVA DE FREITAS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180166568** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

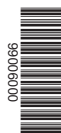
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00131/00132 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12704088



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta nº: 12769750

A/C: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180166568
Vitima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 09/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 000000238225-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01223/01224 - carta_15R - INVALIDEZ

00020612



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180166568**
MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: **09/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARYLOU SILVA DE FREITAS**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180166568**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01275(01276 - carta_09 - INVALIDEZ

00050638



Carta nº 14459165



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180166568**
Nome do(a) Examinado(a): **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 02 DE FEVEREIRO nº 526 - CASA AMARELA - RECIFE/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3255593 - SSP**
Data e local do acidente: **09/06/2017 RECIFE/PE**
Data e local do exame: **27/04/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

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

NO DIA DO ACIDENTE, FOI REALIZADO REDUÇÃO DE DANOS COM LAVAGEM E FIXAÇÃO EXTERNA. EM 30/06/2017, FOI RETIRADO FIXADOR E REALIZADO OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA MOTORA. ALTA ORTOPÉDICA

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

APRESENTA DEFORMIDADE DE JOELHO, DESVIO EM VARO COM HIPOTROFIA IMPORTANTE DE PANTURRILHA, DIFICULDADE DE MARCHA COM CLAUDICAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR DE JOELHO.

IV. Nexa 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 suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ


Fabio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 769.329.314-00	Nome completo da vítima Marinaldo Pereira da Silva
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marinaldo Pereira da Silva		CPF titular da conta 769.329.314-00		Profissão Recusou	
Endereço Rua 02 de Fevereiro		Número 526		Complemento Casa	
Bairro Casa Amarela	Cidade Recife	Estado Pe	CEP 52280-220		
Email			Telefone (DDD)		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRD: 0049 D/V: <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRD: 00238225 D/V: <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: <input type="text"/> NRD: <input type="text"/>		AGÊNCIA NRD: <input type="text"/> D/V: <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	
				CONTA NRD: <input type="text"/> D/V: <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)			

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

Recife, 16 de Março de 2018
Local e Data



x MARINALDO PEREIRA DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

072-627424080-6

13/MAR/2018 HORA DE 15:25:05

LOT: 15.13283-2 TERM: 018084
LOCALIDADE: RECIFE
AG. VINCULADA: 0049 CONTROLE: 698112281

DEPOSITO EM DINHEIRO

0049 013 00238225-2

MARINALDO P SILVA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

072-627424080-6

1ª VIA

Loterias CAIXA

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DE VIDA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 017ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA - DP17ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0107000389**

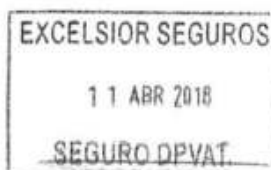
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2018** às **12:14**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/6/2017** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA VASCO DA GAMA, 1** - Bairro: **VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ESCOLA REUNIDA SÃO SEBASTIÃO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARINALDO PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO

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

MARINALDO PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ENILDA CÂNDIDA DA SILVA** Pai: **JOSÉ PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **1/5/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3255593/SSP/PE (RG), 76932931400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 984125006**

Endereço Residencial: **RUA DOIS DE FEVEREIRO, 526 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMA A ANTIGA PADARIA PAN JÓ**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

O DECLARANTE ESCLARECE QUE NO DIA 09/06/2017, POR VOLTA DAS 07H00, ENCONTRAVA-SE NA AV. VASCO DA GAMA, RECIFE-PE, PROXIMO A ESCOLA REUNIDA SÃO SEBASTIÃO, AFIRMA QUE ATRAVESSOR A AVENIDA COM DESTINO A PARADA DE ÔNIBUS NO SENTIDO SUBURBIO /CIDADE, AO OBSERVAR QUE TINHA PARADO UM ÔNIBUS, O DECLARANTE TENTOU APANHA-LO E ATRAVESSOU A AVENIDADA COM RAPIDEZ, MAS, O MESMO FOI EMBORA, DE IMEDIATO O DECLARANTE DISSE QUE AO VOLTAR E ATRAVESSAR A AVENIDA VASCO DA GAMA, FOI ATROPELADO POR UM CARRO, TENDO O MESMO CAIDO AO SOLO E DESMAIO, AFIRMA O DECLARANTE QUE SE ACORDO NO HOSPITAL GETULIO VARGAS E VEIO A SABER QUE TINHA SOFRIDO UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA. DE IMEDIATO FOI CIRURGIADO E APÓS A CIRURGIA RECEBEU ALTA NO DIA 04/07/2017. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.

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

Marinaldo pereira da Silva
MARINALDO PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE CARLOS DA SILVA** - Matrícula: **150.555-6**



16/03/2018 12:03



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maurivaldo Pereira da Silva

CPF da Vítima

769.329.314-00

Data do Acidente

09/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 98416-1272

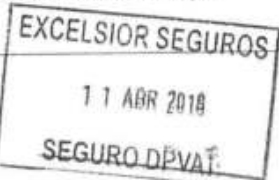
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Recife, 16 de março de 2018

Local e Data

x Maurivaldo Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000055 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). MARINALDO PEREIRA DA SILVA, 48 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3255593 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 769.329.314-00, residente à RUA 02 DE FEVEREIRO, nº 506, , VASCO DA GAMA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 09/06/2017, por volta das 06:14 hs, no endereço: RUA VASCO DA GAMA, S/N, VASCO DA GAMA RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA ENTRE NIVEIS, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) MARINALDO PEREIRA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 769.329.314-00 e Registro Geral ° 3255593, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798249-6 PAULO FERREIRA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1053921. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/03/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000055

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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:	02/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000238225-2

Nr. da Autenticação 7285AEEEE6B36234A



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/01/2020 09:06:25
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012309062569400000055894107>
 Número do documento: 20012309062569400000055894107

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DE...



033-7

03399.32766 55400.009183 60262.901014 9 74100000004000

Local de pagamento

PAGAR PREFERENCIALMENTE NAS AGÊNCIAS DO BANCO SANTANDER

Código

Gerenciante Paramentos - LOCALIZANET SOLUCOES

Vencimento

Agência Código cedente

Nosso número

Nº do documento

20/01/2018

3222-0/3276554

000091860262-9

40,00

20-2 Desconto/abatimento

20-3 Outros descontos

20-4 Retenções

20-5 Outras deduções

20-6 Outras deduções

20-7 Outras deduções

20-8 Outras deduções

20-9 Outras deduções

20-10 Outras deduções

20-11 Outras deduções

20-12 Outras deduções

20-13 Outras deduções

20-14 Outras deduções

20-15 Outras deduções

20-16 Outras deduções

Nome do documento	Nº do documento	Espécie doc	Acerto	Data de processamento
04/01/2018	91860262	26		04/01/2018
Valor do boleto	Carteira	101	R\$	Quantidade
				Valor do documento
Instruções (leia de responsabilidade do usuário)				
Sr. Caixa, cobrar juros de 0,033% ao dia após vencimento.				
Sr. Caixa, cobrar multa de 2% após vencimento.				
Para gerar 2ª via do boleto, acesse: https://gerencianet.com.br/segunda-via				
Solicitante				
CARMLOU SILVA DE FREITAS - CPF: 049.212.454-01				
RUA PASTOR EVANGELICO BENEDY CARVALHO DE SOUZA, 418 - BOMBA DO HENRIQUE, Recife - PE CEP: 52211-020				
Secretaria Analise LOCALIZANET SERVICOS DE INTERNET LTDA- ME - CNPJ:				
13.571.672/0001-07				
Autenticação microfilme - Ficha de comparação				



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlyou Silva de Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.212.454/01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marinaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 769.329.314/00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marinaldo Pereira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 769.329.314/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Pastor Evangelico Benoby Barvalho de Souza</u>		<u>418</u>	<u>casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Bomba do Memetério</u>	<u>Recife</u>	<u>Pe</u>	<u>52.211-020</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(81)98436-1272</u>

Recife 16 de março de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017





**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA**



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 445248

1.1 - Atendimentos em: 09/06/17

1.2 - Às 07 horas e 16 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1053921

2.1 - Internado em: 09/06/17

2.2 - Alta em: 04/07/17

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 09/06/17 = REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO.
2º CIRURGIA EM 30/06/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.**

5. Observação: ATROPELAMENTO POR AUTOMÓVEL.

DATA: 26.12.2017

HORA: 08:40:52

PASTA: 01.12.2017

TB

RS

Dr. Tadeu Buril
SDC - CREMEPE 3019
MAT. 0588683

Dr. Tadeu Buril.





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 445248

Prontuário: 1053921

Nome: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Data Nasc.: 01/05/1969

Idade: 48

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS: 898004972471087

Endereço: VILA DOIS DE FEVEREIRO

Nº: 526

Bairro: VASCO DA GAMA

Cidade: RECIFE - PE

Estado: PE

CEP: 52280218

Fone: 31845600

Profissão:

Nome da Mãe: ELZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: - NO CARTÃO SUS CONSTA MÃE, ENILDA CANDIDA DA SILVA, SEGUNDO O PACIENTE, SUA M/

Idente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 08/05/2017 HORA: 07:18

Queixa Principal / HDA: Paciente vítima de atropelamento por carro há cerca de 16 horas com trauma em M.D. Neja TCE, neja vômitos, vômitos e perda da consciência. Paciente visivelmente alcoolizado.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☒ Não ☐ Local de Impacto:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por que:

Observações: MSD. dor + deformidade + limitação funcional em joelho. Neurovascular preservado.

Exame Físico:

Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

EGD, consciente, orientado, eupneico, AAA.

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR 2018

SEGURO DPVAT

B: Respiratório

Eupneico

C: Circulatório

PA:

x

mmm

Pulso:

bpm:

Hemodinamicamente estável

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Glasgow 15



261710183532-8

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		10.572.048/0005-51 (03 vlns)	
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH		RUBRICA:	
CARTÃO BUS:			
NOME DO PACIENTE: <u>Manfredo Pereira da Silva</u>			
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	Nº DO REGISTRO: <u>1053921</u>	
NOME DA MÃE:			
ENDEREÇO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BARRIO:
MUNICÍPIO:		UF:	CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA:			
<u>Paciente admitido para tratamento cirúrgico de fratura exposta de tíbia proximal direita</u>			
EXAME FÍSICO:			
<u>Don. edema e deformidade em região da perna direita</u>			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
<u>Exame Físico ⊕ Rx</u>			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
<u>Fratura exposta de tíbia proximal direita</u>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO	
<u>LMC ⊕ Redução Incruenta ⊕</u>			
<u>Fixação externa transcutânea de Joelho direito</u>		CARACTER DA INTERNAÇÃO	
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE			
<u>S.O.T</u>			
DATA: <u>09 / 06 / 17</u>		DATA: <u>1 / 1 / 1</u>	
Bruno Monteiro Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 24221		EXCELSIOR SEGUROS 1.1 ABR 2018 SEGURO DPVAT	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE:			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA CLÍNICA/ESPECIALIDADE		DATA DO REGISTRO	
Avenida General Bento Monteiro s/nº - Cardão Recife/PE - CEP 50.050-090 Fone: (081) 31948900			



MARINALDO PEREIRA DA SILVA		01053921	898004972471
445349	MASCULINO	48a 2m 3d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-07



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL EM 09/06/2017

Tratamento:

09/06 - Redução incruenta + aposição de fixador externo transarticular em joelho direito
30/06 - Retirada de fixador externo + osteossíntese de platô tibial direito com placas medial (terço de cano bloqueada) e lateral (placa 4,5 em L) (Dr. Danilo)

OBS:

Agendar retorno ambulatorial em 7 dias com o Grupo do Trauma.
Prescrevo cefalexina + uso de muletas.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

Melhorado. FO de bom aspecto.

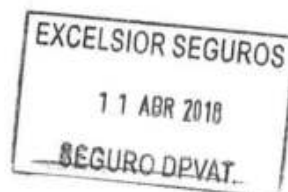
DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
09/06/2017	04/07/2017

Recife, 04 DE JULHO DE 2017

Ana Áurea R. Torres
Médica

CRM/PE 25656

ANA AUREA REVOREDO TORRES - CRM: Nº.25656



HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA** REG: 1053921

Data da operação: 09/06/17

Operador: **DR. ALVARO** 1º auxiliar: **DR BRUNO MONTEIRO**2º auxiliar: **DR. TERCIO**Anestesista: **DR. DIOGO**Diagnóstico pré-operatório: **FRATURA DE PLATÔ TIBIAL D**Tipo de operação: **REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM JOELHO D**

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antisepsia e assepsia com PVPI degermante
- 3) Aposição de campos estéreis
- 4) Observado fratura exposta de tibia proximal direita
- 5) Redução incruenta de fratura
- 6) Aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular em joelho direito
- 7) Curativo local
- 8) Observado boa perfusão distal após procedimento



Bruno Monteiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24221





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
Flácido, indolor	
Diagnóstico Inicial: Trauma exposto em MED	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames: Solicito raios - X Joelho, bacia, coxa, perna, canelão. Ao bloco cirúrgico. Cephalotrim 2g EV agona 09/04/0.	Código Procedimento: Dr. Kennel Leite MÉDICO CRM-PE/ 25.320 CRM-CE: 18.169 Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento: Ass. Médico + Carimbo
Tratamento / Procedimentos: SAT 5000 VE SM profundo agona N.H.F	Ass. Enfermeira + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso: <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	Condição de Alta: <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 09/06/2017 08:25 h MARILENESM	Impressão: 09/06/2017 08:25 h MARILENESM



Médico





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Registro: 1053921

Data da operação: 30/06/17

Operador: DR. DANILO AZEVEDO 1º auxiliar: DR. LUIZ (R2)

2º AUXILIAR: LEVI (MR1) 3º AUX: DRA ANA (R1)

Anestesista: DRA AMANDA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

Tipo de operação: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO + FLUOROSCOPIA

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia
- 2) Assepsia, antissepsia e aposição de campos estéreis
- 3) Aposição de garrote em MID
- 4) Visualizado deformidade em tibia proximal direita
- 5) Incisão em face lateral de tibia proximal direita
- 6) Redução cruenta e aposição de placa 4,5 em L + 02 parafusos esponjosos + 03 parafusos corticais
- 7) Incisão em face medial de tibia proximal direita
- 8) Realizado redução cruenta e aposição de placa terço de cano bloqueada de 07 furos + 06 parafusos bloqueados
- 9) Confirmada boa redução sob fluoroscopia
- 10) Limpeza copiosa com SF0,9%
- 11) Sutura por planos
- 12) Curativo
- 13) Retirada de garrote de MID
- 14) Observado boa perfusão distal após procedimento



Dr. Edg. Mello Filho
Intendente de Radiologia
CRM: 12.434





BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 354673

1.1 - Atendimentos em: 20/11/18

1.2 - Às horas e minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.



2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1103814

2.1 - Internado em: 20/11/18

2.2 - Alta em: 25/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: OSTEOMIELITE DE TÍBIA DIREITA.

4. Tratamento: 1. EM 20/12/18 - RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE + DESBRIDAMENTO E LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA. 2. ANTIBIOTICOTERAPIA.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 26.4.2019

HORA: 11:16:20

PASTA: 01.04.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **Marinaldo Pereira da Silva, 49 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumatismo-Ortopedia deste serviço do dia 20/11/2018 ao dia 25/01/2019 para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: M 86.6

Dra. Hanna Emile

CREMEC 17864 / CRM-PE 26333

Recife, 25/01/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que que que **Marinaldo Pereira da Silva, 49 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumatismo-Ortopedia deste serviço do dia 20/11/2018 ao dia 25/01/2019 para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: M 86.6

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Dra. Hanna Emile

CREMEC 17864 / CRM-PE 26333

Recife, 25/01/2019



HOSPITAL GETULIO VARGAS
ADMISSAO DE PACIENTE

Atendimento: 654673

Data e Hora: 20/11/2018 11:22

Especialidade:

Paciente: 1103814 MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 01/05/1969

Idade: 49 anos

Convenio: 1

SUS - INTERNACAO

Nome da Mãe: ENILDA CANDIDA DA SILVA

Nome do Pai:

Nº Conselho: 11711

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Profissional: ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA

Endereço: VILA DOIS DE FEVEREIRO

526

Bairro: VASCO DA GAMA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: JULIETADDH

RG (Identidade):

CPF: 76932931400

Data de Emissão:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Fone: 32673537

Data de Emissão CRN:

Clínica: CLINICA ORTOPEDIA

Enfermaria: CORT 107

Leito: CLORT 107-05

CID:

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Respiração: ()

Pulso: ()

EVOLUÇÃO

Conculta em 20/11/2018, deambulando com auxílio de muletas, chateado com lesão no L5/S1, encaminhado a fisioterapia.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Marinaldo Pereira da Silva			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: ENILDA CANDIDA DA SILVA			CARTÃO SUS: 704008894809665	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: 107	LEITO: 05	Nº DO REGISTRO: 1103814	
DATA DE NASCIMENTO: 01/05/1969	IDADE: 49	PESO:	ALTURA:	SEXO: MASCULINO
ANEXO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): 1) Osteomielite de tíbia direita + DRC não-dialítica				
HISTÓRIA DO DOENTE SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: 20/12/18: Submetido a retirada de material de síntese + coleta e envio de material para cultura - Dr Hygino				
DATA DA INTERNAÇÃO: 20/11/2018	DATA DA ALTA: 25/01/2019	DIAS DE INTERNAÇÃO: 67		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	DR HYGINO		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DR TERÇIO		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO	DR SILVIO		
4	ANESTESISTA	DRA JAMILLE		
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com história de osteossíntese em tíbia proximal direita em junho/2018 (Dr Danilo), evoluindo há cerca de 3 meses com fistula ativa em perna direita. Apresentando alteração de ureia e creatinina em acompanhamento com Nefrologia.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA Levofloxacino (D0= 28/12/18) em dias alternados sob orientação de Nefrologia e CCIH/ Sintomáticos				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL O MESMO ACIMA				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA Paciente nega queixas no momento. MID: FO sem saída de secreção purulenta, sem sinais flogísticos, granulada, em remissão de tamanho e em cicatrização				
MOTIVO DA ALTA CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>		DATA ANEXOS <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/>		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: Retorno ao ambulatório de Dr Hygino em 2 semanas a partir de hoje Fornecer laudo + atestado + receita de Levofloxacino 500mg 48/48h por 2 semanas e de sintomáticos + solicitação de fisioterapia motora e de radiografia para o retorno + oriento manter cuidados diários com o curativo e em caso de piora retornar imediatamente a emergência				
DATA: 25/01/19		Médico Responsável Dra. Hanna Emile Médica CRM-PE 26633		





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME: Manoel do Pereira

Nº DO REGISTRO:

SETOR: Admissão

DATA DE ADMISSÃO: 20/11/18

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | IDADE > OU IGUAL 65 ANOS |
| <input type="checkbox"/> | CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS |
| <input type="checkbox"/> | COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> | DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE |
| <input type="checkbox"/> | PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA |
| <input type="checkbox"/> | DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA |
| <input type="checkbox"/> | HISTÓRIA PREVIA DE QUEDA |
| <input type="checkbox"/> | ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA) |
| <input type="checkbox"/> | OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SEDAÇÃO/ANESTESIA |
| <input type="checkbox"/> | MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL |
| <input type="checkbox"/> | URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL |
| <input type="checkbox"/> | HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PACIENTE CIRÚRGICO |

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☒ SIM
☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

[Assinatura]
C. [Assinatura]

Av. da General San Martín, s/n - Condado
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: (0XX) 31.318.4500

HQV 1028 V 1 2013.

EXCELSIOR SEGUROS
10 JUN. 2019
SEGURO DPVAT





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.255.593
DATA DE EXPEDIÇÃO	09/08/2017
NOME	<< MARINALDO PEREIRA DA SILVA >>
FILIAÇÃO	<< JOSÉ PEREIRA DA SILVA >> << ENILDA CANDIDA DA SILVA >>
NATURALIDADE	RECIFE - PE
DATA DE NASCIMENTO	01/05/1969
DOC. ORIGEM	<< 073890 01 55 1969 1 00136 115 0161507 27 RECIFE-PE >>
CPF	769.329.314-00
PARTIDO A. TENÓRIO DE CARVALHO DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL ASSINADOR DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	
R217127042308111356.7606114	F-76 333.386 3022





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **769.329.314-00**

Nome: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **01/05/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:34:20** do dia **08/03/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2238.F35C.AFE0.A2A0**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARYLOU SILVA DE FREITAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6300624 BDE PE

CPF
049.212.454-01

DATA NASCIMENTO
30/06/1983

PELAÇÃO
JOSE VITOR DE FREITAS
RINALDA MARIA SILVA
DE FREITAS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HABIL
B

Nº REGISTRO
05087089331

VALIDADE
17/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
27/11/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
18/08/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
20069857840
PE063986728

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1104696240

PROIBIDO PLASTIFICAR
1104696240

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: NO DIA DO ACIDENTE, FOI REALIZADO REDUÇÃO DE DANOS COM LAVAGEM E FIXAÇÃO EXTERNA. EM 30/06/2017, FOI RETIRADO FIXADOR E REALIZADO OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA MOTORA. ALTA ORTOPÉDICA
APRESENTA DEFORMIDADE DE JOELHO, DESVIO EM VARO COM HIPOTROFIA IMPORTANTE DE PANTURRILHA, DIFICULDADE DE MARCHA COM CLAUDICAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR DE JOELHO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Meu filho Benício da Silva
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA 369.329.314-00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTO DIGITALIZADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 19/03/2018NOME Raphele Lacerda

ASSINATURA _____