



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
56820 220	23/01/2020 09:06	<u>2687105_CONTESTACAO_01</u>	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.

Cumpre 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/01/2020 09:06:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012309062551100000055894106>
Número do documento: 20012309062551100000055894106

Num. 56820220 - Pág. 1

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				
 Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT				
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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/01/2020 09:06:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012309062551100000055894106>
Número do documento: 20012309062551100000055894106

Num. 56820220 - Pág. 3

“(...) 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 desconstituir-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 ressalvar 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 destinar 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/01/2020 09:06:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012309062551100000055894106>
Número do documento: 20012309062551100000055894106

Num. 56820220 - Pág. 4

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;

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)**.

⁴RECURSO 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 HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵Súmula 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 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 horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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 expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELA 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/01/2020 09:06:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012309062551100000055894106>
Número do documento: 20012309062551100000055894106

Num. 56820220 - Pág. 7

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.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/01/2020 09:06:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012309062551100000055894106>
Número do documento: 20012309062551100000055894106

Num. 56820220 - Pág. 8

TABELA DE GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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 nº 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



Assinado eletronicamente por: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** - 23/01/2020 09:06:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012309062551100000055894106>
Número do documento: 20012309062551100000055894106

Num. 56820220 - Pág. 10



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
56820 221	23/01/2020 09:06	<u>ANEXO 1</u>	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

Valorização 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**
Vitima: **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



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



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



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



**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. 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 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%

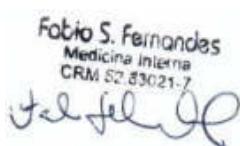
Região Corporal(Sequela):

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


Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

769.329.314-00

Nome completo da vítima

Marinaldo Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Marinaldo Pereira da Silva	769.329.314-00	Recursor
Endereço	Número	Complemento
Rua 02 de Fevereiro	526	Casa
Bairro	Estado	CEP
casa amarela	Pe	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"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0049 D/V CONTA NRO. 00238225 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V CONTA NRO. _____ D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Recife, 16 de Março de 2018
Local e Data

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURADO DPVAT

X Marinaldo Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



• Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

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

072-627424000-6

13/MAR/2018 HORA DF 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 É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

072-627424000-6

1a VIA

• Loterias CAIXA

• Loterias CAIXA

• Loterias CAIXA

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURADO P/AT



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

Num. 56820221 - Pág. 10



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
17ª CIRCUÍTUA POLICIAL
VASCO DA GAMA

1505556
15

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 017ª CIRCUÍTUA - 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 - Culposo (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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARINALDO PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DPVAT

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: **AUTOMÓVEL/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, PRÓXIMO 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 AVENIDA 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



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

Num. 56820221 - Pág. 12

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima **Marcos Pereira da Silveira** 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) 98416-3272

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.

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DPVAT

Recife, 16 de Março de 2018

Local e Data

Marcos Pereira da Silveira
Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

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 nº 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 7285AEEE6B36234A



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

Num. 56820221 - Pág. 15

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JÃO 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
Ouvíndia 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	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
ELZA MARIA DA CONCEICAO SILVA PROX A ANTIGA ASSEMBLEIA DE DEUS CPF: 265.884.474-34	23/02/2018	17/02/2018	000033023022
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
RUA 02 DE FEVEREIRO 526 CASA AMARELA/RECIFE 52280-220 RECIFE PE	0,00	17/02/2018	2600036452
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	NÚMERO DA NOTA FISCAL 005823823		
RESERVADO AO FISCO		Nº DA INSTALAÇÃO 0002839193	
D772.5C78.76EA.EA79.318B.5018.9EFF.3AD6			

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	95,00	0,66874564	63,53
Contribuição Iluminação Pública			10,13
ICMS Subvenção-CDE-NF 002150519-20/12/17			0,56
Multa por atraso-NF 002222680 - 18/01/18			1,29
Juros por atraso-NF 002222690 - 18/01/18			0,02
Atualização IGPM-NF 002222690 - 18/01/18			0,02
Compensação DIC Trimestral 04/17			0,98
Compensação DIC Anual 2017			3,26
Compensação DMIC 12/17			0,39
TOTAL DA FATURA			70,90
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS	PIS	COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
63,53	25,00	15,88	0,57
		63,53	0,36
		63,53	2,60
		63,53	1,65

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,48036000
FEV	18
JAN	18
DEZ	17
NOV	17
OUT	17
SET	17
AGO	17
JUL	17
JUN	17
MAI	17
ABR	17
MAR	17
FEV	17

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	0,48036000	kWh
FEV	18	95
JAN	18	93
DEZ	17	94
NOV	17	96
OUT	17	88
SET	17	87
AGO	17	82
JUL	17	76
JUN	17	83
MAI	17	83
ABR	17	83
MAR	17	96
FEV	17	84

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	RS %	27,82
Transmissão	1,88	2,96
Distribuição (celpe)	15,49	24,38
Encargos Setoriais	3,84	9,18
Tributos	17,88	26,14
TOTAL	63,53	102

Limites

GER	27,82
TRN	2,96
DIC	24,38
ESO	9,18
TRB	26,14
TOTAL	102

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003154158478	CAT	16/01/2018 1.523,00	17/02/2018 1.518,00	30	1,00000	0,00	85,90
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/03/2018							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NIVEIS DE TENSÃO	
		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
		MÍNIMO	MÁXIMO
0,220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI	TALÃO DE PAGAMENTO		
CONTA CONTRATO 000033023022	MÊS/ANO 02/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 23/02/2018

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	EXCELSIOR SÉGURO
		11 ABR 2018

SEGURADO DPVAT.



EXCELSIOR SEGURO
11 ABR 2018
SEGURADIA

033-7 | 03399.32766 55400.009183 60262.901014 9 7410000004000

Local de pagamento

Venda/retirada

PAGAR PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS DO BANCO SANTANDER

20/01/2018

Carona

Agência/Código cartão

3222-0/3276554

Gerenciamento Pagamentos - LOCALIZANET SOLUÇÕES

Data do documento	Nº do documento	Espécie doc	Além	Data da processamento	Número processamento
04/01/2018	91860262	26		04/01/2018	000091860262-9
Carona	101	Espécie	Quantidade	Válida do documento	40,00

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 2º via do boleto, acessar <https://gerencianet.com.br/segundavaria>

Sacado

CARMOLOU SILVA DE FREITAS - CPF: 049.212.454-01

RUA PASTOR EVANGELICO BENOBY CARVALHO DE SOUZA, 418. BOMBAZO HEMETERO, Recife - PE CEP: 52211-020

Sacador/Assinante LOCALIZANET SERVIÇOS DE INTERNET LTDA- ME - CNPJ:
13.571.672/0001-07

Autenticação me-senha - Fim de comprovação



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

Num. 56820221 - Pág. 17

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Garylon Sílvia 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 <u>Rua Pastor Evangelico Benobby Larvallo de Souza</u>	Número <u>418</u>	Complemento <u>case</u>
Bairro <u>Bombe do Hemicôrício</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>
Email <u></u>	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 98436-1272</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 98436-1272</u>

Recife 16 de Março de 2018
Local e Data

Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DPVAT





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

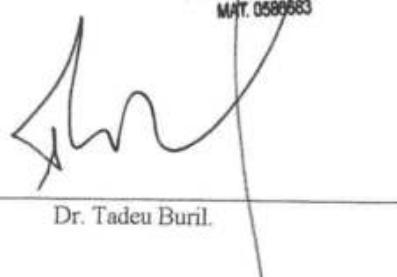
HORA: 08:40:52

PASTA: 01.12.2017

TB

RS

Dr. Tadeu Buril
SDC - CREMESP 3019
MAT. 0588683


Dr. Tadeu Buril.





HOSPITAL GETULIO VARGAS

EMERGÊNCIA



2

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

Bairro: VASCO DA GAMA

CEP: 52280218

Fone: 31845600

Nome da Mãe: ELZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

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

Identidade de Trabalho: Sim Não

ATENDIMENTO - DATA: 09/08/2017 - HORA: 07:19

Queixa Principal / HDA: Paciente vítima de atropelamento por carro há cerca de 16 horas, com trauma em MBD. Negó TCE, noga reúses, vómitos e perde da consciência. Paciente visivelmente alcoolizado.

História do Trauma

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista:	<input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura m
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			Por que:	

Observações:

MSD. dor + desorientado + limitação funcional em joelhos
Neurotrauma provável

Exame Físico:

Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: C°
-------	---	--	-----------

EG: consciente, orientado, eupneico, AAA.

EXCELSIOR SEGUROS

B: Respiratório

Eupneico

11 ABR 2018

C: Circulatório	PA: x	mmm	Pulso: bpm:	SEGURO DPVAT.
-----------------	-------	-----	-------------	---------------

Hemodinâmicos estáveis

D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:	Escore: Hora:	Escore: Hora:

Glasgow 15



261710183532-6

3

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

10.572.048/0005-51

(03 vidas)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

MENSA:

CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

Manivaldo Perena da Silva

Nº DO REGISTRO:

1053421

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

Nº: BLOCO: APT: BAIRRO:

UF: CEP:

MUNICÍPIO:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente admitido para tratamento cirúrgico de fratura exposta de tibia proximal direita

EXAME FÍSICO:

Doen. edema é deformante em regiões da perna direita

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame Físico Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura exposta de tibia proximal direita

PROCEDIMENTO SOLICITADO

LMC Redução Incisiva
Fixação externa Transcortical de

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

SOT

DATA: 09/06/17 Bruno Monteiro
Ortopedia/ Traumatologia
CRM-PE 24221

CÓDIGO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR 2018

SEGURÓ DPVAT

DATA: / /

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 AUTORIZADOR
Av. 24 de Outubro, nº 1000 - Centro
Recife - CEP: 50.080-080
Fone: (81) 31.61.94.900

DATA DO AUTORIZADOR

HOV. 10/04/2018.





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

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DPVAT.

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



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

Num. 56820221 - Pág. 22



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
H O S P I T A L
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



Brune Monteiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24221



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

Num. 56820221 - Pág. 23



HÓSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Flácido, indolente

Diagnóstico Inicial: Incrustado exposto em MED

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames: Susto naio - X Joelho, bava, coxa, perna. Comprido
Ao bloco cirúrgico
Cefalotimer 2g EV aqne o gafete.

Tratamento / Procedimentos: SAT 5000 VE SM profundo aqne NHF

Código Procedimento:
Dr. Kenneth Leite

MÉDICO

CRM-PB/ 25.320

CRM-CE/ 18.169

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos:

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 nosocomio, bem como terho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____

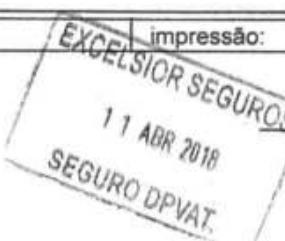
Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

Cadastramento: 09/06/2017 08:25 h MARILENESM

impressão: 09/06/2017 08:25 h MARILENESM



Médico



Secretaria 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, antisepsia 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

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DPVAT

Dr. Lúcio Mário Filho
CRM-PE 2.434
Médico Cirurgião



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

GOVERNO DE
Pernambuco

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

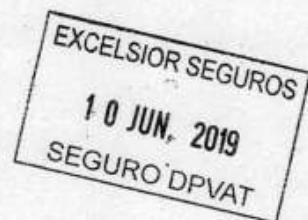
1. Ocorrência da Emergência: 354673

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 INTEGRA 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.





Getúlio Vargas
Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE



Getúlio Vargas
Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que **Marinaldo Pereira da Silva, 49**

Pereira da Silva, 49 anos, esteve internado (a) no setor de Traumato-Ortopedia deste serviço

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

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

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEPE/CRM-PE 26533

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEPE/CRM-PE 26533

Recife, 25/01/2019

LAUDO MÉDICO

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:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Profissional: ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA Nº Conselho: 11711
Endereço: VILA DOIS DE FEVEREIRO 526 Bairro: VASCO DA GAMA
Cidade/UF: RECIFE PE Usuário Atendimento: JULIETADDH
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF: 76932931400 Fone: 32673537

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

Clínica: CLINICA ORTOPEDIA

Enfermaria: CORT 107 Leito: CLORT 107-05

CID:

Temperatura: (

Respiração: (

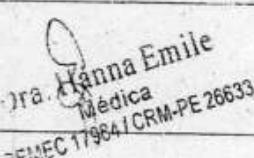
Pressão Arterial: (

Pulso: (

EVOLUÇÃO

paciente encaminhado para a enfermaria



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	
<small>ATIVOS DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):</small> 1)Osteomielite de tibia direita + DRC não-dialítica					
<small>MEDICO DURANTE OTRATO / EXAMES REALIZADOS:</small> 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	CIRURGÃO	DR HYGINO			
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DR TERCIO			
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO	DR SILVIO			
4	ANESTÉSISTA	DRA JAMILLE			
5	CLÍNICO				
<small>RESUMO DO CASO</small> <small>(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS)</small>					
Paciente com história de osteossíntese em tibia 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.					
<small>MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA</small>					
Levofloxacino (D0= 28/12/18) em dias alternados sob orientação de Nefrologia e CCIH/ Sintomáticos					
<small>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</small>					
O MESMO ACIMA					
<small>CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA</small>					
Paciente nega queixas no momento. MID: FO sem saída de secreção purulenta, sem sinais flogísticos, granulada, em remissão de tamanho e em cicatrização					
<small>MOTIVO DA ALTA</small> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>		<small>DATA</small> 25/01/19			
<small>ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO</small>					
Retorno ao ambulatório de Dr Hygino em 2 semanas a partir de hoje Forneço 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					
<small>DATA:</small> 25/01/19		Médico Responsável  Dr. Hanna Emile Médica CRM-PE 26633 CRM-PE 17984			





FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

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.

- IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
- CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
- COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
- DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
- PREJUÍZO DO EQUILÍBrio DA MARCHA
- DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
- HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
- ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX HIPOGLICEMIA)
- OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPOREA
- SEDAÇÃO/ANESTESIA
- MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
- HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA.

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 enfermaria 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, ansiolítico, hipertensivo, anti-parkinsonianos.

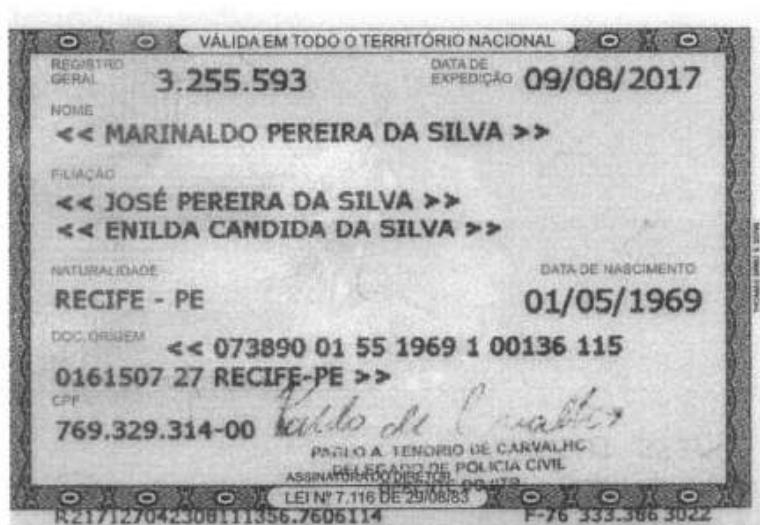
ENFERMEIRA/COREN:

C. M. M. M.
Avenida General San Martin, 970 - Condado
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: (81) 31845600

1001 1028 V 12013

EXCELSIOR SEGUROS
10 JUN. 2019
SEGURO DPVAT





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

Num. 56820221 - Pág. 31



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**

Dígito 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.)

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURÓ DPVAT





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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO
médico pericial:

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 *Manoel de Souza da Silva*
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA *169.329.314-00*

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 N° _____ COMPLEMENTO _____ UF _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) *Documentos Digitalizados*

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- 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)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE ABSÊNCIA 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
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI 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

EXCELSIOR SEGUROS
 ABR 2018

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA 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 FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____
 DATA _____
 IDENTIDADE _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA *19/10/2018*

NOME *Raphaelle Cavaleiro*
 ASSINATURA *Raphaelle Cavaleiro*

