



Número: **0090172-87.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILSON SEVERINO FIRMINO (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57064666	28/01/2020 17:01	2687109_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00901728720198172001

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 **WILSON SEVERINO FIRMINO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 08/02/2019.

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

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

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 08/02/2019 após 02 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 24/12/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

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;



Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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.

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

DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07

- INEXISTÊNCIA DE PRESSUPOSTOS PARA PAGAMENTO DE COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO -

Cabe esclarecer que a referida verba indenitária foi devidamente quitada em sede administrativa, qual seja a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Cumprе salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT⁴.

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)

⁴“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações: “art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos) - no caso de morte; II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (...)”



Desta forma, destaque-se que, o valor efetivamente pago à parte Autora foi realizado em total apreço à Lei, não existindo, portanto, motivos para que a Ré seja compelida ao pagamento de complementação de indenização.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **24/12/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁵.

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 STJ⁶.

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%.

⁵ 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.

⁶ **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.”



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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

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).

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

⁸ **art. 1º . (...)**

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



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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 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 **WILSON SEVERINO FIRMINO**, em curso perante a **13ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00901728720198172001.

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: **0090172-87.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILSON SEVERINO FIRMINO (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57064667	28/01/2020 17:01	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326745

Vítima: WILSON SEVERINO FIRMINO

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILSON SEVERINO FIRMINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14326722

Pag. 00011/00012 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326745

Vítima: WILSON SEVERINO FIRMINO

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILSON SEVERINO FIRMINO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: WILSON SEVERINO FIRMINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 0000070826-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01503/01504 - carta_30 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 026.098.664-02 Nome completo da vítima: WILSON SEVERINO FIRMINO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: WILSON SEVERINO FIRMINO CPF: 026.098.664-02
Profissão: CARPINTEIRO Endereço: RUA 42 Número: 95 Complemento: _____
Bairro: MURIBARA Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA Estado: PE CEP: 59.720-012
E-mail: _____ Tel./DDD: (81) 9.8489-7231

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0876 033 CONTA: 00070826 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: OLINDA 02 DE MARÇO DE 2019
Nome: _____ CPF: 05.802.494/0001-41
CPF: _____
Assinatura de quem assina A RGO: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): WILSON SEVERINO FIRMINO
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): ALAINE JOMES OLIVEIRA
TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____ CPF: _____
2ª | Nome: _____ CPF: _____
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Assinatura: _____
15 MAI 2019
Rua da Aurora, nº 375, SL 302 BCL
Belo Horizonte - CEP: 31060-010
Assinatura: _____ RECIFE-PE

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

1001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA - DP18ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0108000273**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/02/2019** às **13:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2018** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DE APIPUCOS, 01** - Bairro: **APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO 11º BPM.**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
WILSON SEVERINO FIRMINO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA
DESCONHECIDA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WILSON SEVERINO
FIRMINO

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

WILSON SEVERINO FIRMINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO** Pai: **JOSÉ SEVERINO FIRMINO** Data de Nascimento: **25/7/1979** Naturalidade: **SAO LOURENÇO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5392803/SSP/PE (RG), 02609866402 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81986901831**

Residencial: **BAIRRO: PARQUE CAPIBARIBE. - SAO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA QUARENTA E UM, 95 - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBARA - SAO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WILSON SEVERINO FIRMINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WILSON SEVERINO FIRMINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYU3674** (PERNAMBUCO/SAO LOURENÇO DA MATA) Renavam: **100207982** Chassi: **9C2HB0210ER444656**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 51060-410
RECIFE-PE

28/02/2019 12:40



VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HONDA/CR-V** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA O SR. WILSON SEVERINO FIRMINO QUE PIOLTAVA A MOTOCICLETA, PLACA: OYU-3674, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO UM AUTO PASSEIO DA HONDA CRV, DE COR BRANCA, PLACA NÃO ANOTADA, FREIOU BRUSCAMENTE CAUSANDO O ACIDENTE. A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PELO SAMU/RECIFE PARA A UPA/CAXANGÁ ONDE FOI ATENDIDO Nº 1250188, PRONTUÁRIO: 00440285, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, NEGA VÔMITO E DESMAIO COM LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

Wilson Severino Firmino
WILSON SEVERINO FIRMINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *P/ Alvaro dos Santos* **GIVALDO MARCELINO DOS SANTOS - MAT. 153002-0**

05-802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
16 MAI 2019
Rua da Aurora, nº 175, 9º andar
Boa Vista - CEP 51020-010
RECIFE-PE

28/02/2019 12:41

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	026.098.664-02	WILSON SEVERINO FIRMINO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: WILSON SEVERINO FIRMINO		
Profissão: CARPinteiro	Endereço: RUA 41	CPF: 026.098.664-02
Bairro: MURIBARA	Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA	Número: 95
E-mail:	Estado: PE	Complemento:
	CEP: 59.720-012	
	Tel. (DDD): (81) 9.8488-7231	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0876 03 CONTA: 00070826 2

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, 01/01/2020 de 01/01/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Bom Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura

RECBI-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

11 V001/2018



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	019.02.2019
DATA	11.02.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **ERLON ALBUQUERQUE GOMES**, portador do Documento de Identidade nº **8351765** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **705.296.194-66**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-568836**, que no dia 24 de Dezembro de 2018, o paciente Sr. **WILSON SEVERINO FIRMINO**, portador do Documento de Identidade nº **5392803** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **026.098.664-02**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 16h45, na Avenida 17 de Agosto, imediações entre a Fundação Joaquim Nabuco e ao 11º Batalhão, no bairro Apipucos, Recife/PE e, em seguida, sendo direcionado para a UPA Caxangá. Recife, 11 de fevereiro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



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: 27/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILSON SEVERINO FIRMINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

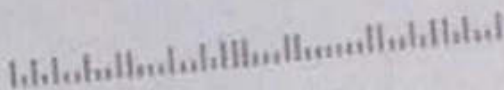
CONTA: 000000070826-2

Nr. da Autenticação C4779EAAC777CE92



Hipercard

Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



WILSON SEVERINO FIRMINO
R 41 95
MURIBARA
54720-012 SAO LOURENCO DA - PE



771084230120200000219730 280319
Data de Postagem: 25/03/2019
Data de Vencimento: 05/04/2019
Data de fechamento (teorético): 23/03/2019
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 30/04/2019

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 F. MAR 2019

Rua da Aurora, 18175, 54 902 BL C
Bairro: JARDIM CARLOS
MONTA



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1376667252

NOTA FISCAL FISCAL CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA			
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO CEP: 50050-902 CNPJ: 30.898.822/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 000433-88		 celpe Grupo Neoenergia www.celpe.com.br	
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 9.898, de 26/04/92 COMERCIAL 0800 0819120 PRONTIDÃO 0800 0819194 atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvintes: 0800 282 5539			
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco - ARPE 0800 727 0257 Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157 Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares			
DADOS DO CLIENTE: OZIEL MARIANO DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 28/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/01/2019	CONTA CONTRATO 0676751025
ENDEREÇO AV. PROF. AGAMENON MAGALHÃES 473 -VILA POPULAR/OLINDA -53230-018 OLINDA - PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 392,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/01/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Municipal B1
NÚMERO DA NOTA FISCAL 047573193			
PERÍODO CONSUMO 21/12/2018 a 21/01/2019	CONSUMO 497		
ICMS - (BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 09,43)			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		VIA PARA PAGAMENTO	
Destaque aqui			
CONTA CONTRATO 0676751025	MÊS/ANO 01/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 392,00	VENCIMENTO 28/01/2019
TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
838706000E36 520000110002 676751025109 136840459532			
			

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
1 F. MAI 2019
Rua da Aurora, 117 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF**².

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 ALCIONE LOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664/58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WILSON SEVERINO FIRMINO inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.098.664/02, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WILSON SEVERINO FIRMINO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.098.664/02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA - ME Renda: RECUSA - ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>AV. PAOL. ALAMENON MALHALHAES</u>		Número	Complemento
Bairro <u>VILA POPULAR</u>	Cidade <u>COLINGA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.8488.7531</u>	Telefone celular (DDD)

COLINGA, 17 de ABRIL de 2019
Local e Data

ALCIONE LOMES DA SILVA
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
1 F MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

DLDRL001 V001/2017





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 446285-WILSON SEVERINO FIRMINO
Sexo: MASCULINO Contatos: 81-986901831
Mãe: NEUZA TAVARES DE LIMA FIRMINO
Idade: 39a 8m 5d Nascimento: 27/05/1979
Endereço: RUA QUARENTA E UM, 95 - PARQUE
CAPIBARIBE - SÃO LOURENÇO DA MATA/
PE - CEP: 54720012

Data do Atendimento: 24/12/2018
Prontuário: 00440285
Nº Atendimento: 01250188
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

ACIDENTE VIÁRIO COM TRAUMA EM JOELHO E PERNA DIREITA

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dr. André Vasconcelos
CRM 17411

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-12-24 17:26:41

Nome Paciente:	WILSON SEVERINO FIRMINO
Cód. Paciente:	440285
Data de Nascimento:	27/05/1979
Sexo:	Masculino
Idade:	39
Senha:	POR0014
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1250188 
SAME:	

Período: 2018-12-24 17:26:41 - 2018-12-24 17:40:08

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, QTC S568836
VITIMA DE QUEDA DE MOTO, NEGA VOMITO E DESMAIO.
COM LUXAÇÃO DE JOELHO D

Observação: HAS-
DM-
ALERGIA-

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL: C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: RENUZA RECYLLE RAMOS DA ROCHA - COREN: 548344 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-01-30 12:14:54





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **WILSON SEVERINO FIRMINO**, prontuário nº **1157104**, admitido neste hospital em 29/12/2018 com diagnóstico de Fratura de Platô Tibial direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 16/01/2019.

Recife, 15 de Fevereiro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMPE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412-3800
www.santacasa.org.br

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS E ESPECIALIAIS		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 2. ENDEREÇO COMPLETO 3. CIDADE 4. ESTADO				5. CNES 6. DATA			
HSA							
Identificação do Paciente 1. NOME DO PACIENTE 2. DATA DE NASCIMENTO 3. SEXO 4. ENDEREÇO COMPLETO 5. CIDADE 6. ESTADO				7. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO 620675 8. DATA DE EMISSÃO 9. DATA DE VENCIMENTO 10. DATA DE EXPIRAÇÃO			
WILSON SEVERINO FIRMINO				620675			
11. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHO)							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
12. TIPO DE MUDANÇA 13. PROCEDIMENTO ANTERIOR 14. PROCEDIMENTO NOVO 15. MOTIVO DA MUDANÇA							
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E ESPECIALIAIS							
16. TIPO DE SOLICITAÇÃO 17. PROCEDIMENTO SOLICITADO 18. ESPECIALIDADE 19. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO							
Trat. Cir. de Fratura de Placa Tibial Direita + Osteotomia Reconstrução Ligamentar							
0408050551 / 0408050152 0408060190							
20. TIPO DE MATERIAL 21. MATERIAL SOLICITADO 22. MATERIAL DISPONÍVEL 23. MATERIAL SUBSTITUÍVEL							
Placa Y 3,5mm 4 x 8							
Parafusos Corticais N° 3,5/01 / 40/02							
Parafusos Espinhais N° 5,0/01							
0 7 0 2 0 3 0 7 2 4 0 1							
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando em Fratura de Placa Tibial Direita, evoluindo com dor, edema local e incapacidade funcional.							
Necessitando de procedimento cirúrgico. Operado. Alta Hospitalar após melhora.							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
24. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. RICARDO LYRA							
25. DATA DE EMISSÃO 07/01/19							
26. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 00816481429							
AUTORIZAÇÃO							
27. TIPO DE AUTORIZAÇÃO 28. DATA DE EMISSÃO 29. DATA DE VENCIMENTO 30. DATA DE EXPIRAÇÃO							
31. TIPO DE AUTORIZAÇÃO 32. DATA DE EMISSÃO 33. DATA DE VENCIMENTO 34. DATA DE EXPIRAÇÃO							

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: FAPX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 07/01/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
8821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Platô Tibial Direito CÓDIGO:
0408050551

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Platô Tibial Direito + Reconstrução Ligamentar +
Osteotomia CÓDIGO: 0408050551 / 0408050190 / 0408050152

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Ricardo Lyra	15105
2	1 AUX CIRÚRGICO:		
3	2 AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Breno Fonseca	13034
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Platô Tibial Direito.
Evoluiu com dor, edema local e incapacidade funcional.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Recebe alta para 2º tempo cirúrgico.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 11/01/2019 13:26:02.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO-CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
440285-WILSON SEVERINO FIRMINO

Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-986901831

Mãe:
NEUZA TAVARES DE LIMA FIRMINO

Idade: Nascimento:
39a 8m 5d 27/05/1979

Endereço:
RUA QUARENTA E UM, 95 - PARQUE
CAPIBARIBE - SÃO LOURENÇO DA MATA/
PE - CEP: 54720012

Data do Atendimento: 24/12/2018

Prontuário: 00440285

Nº Atendimento: 01250188

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411

Conduta:

AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411

Avraham Ferreira
UPA CAXANGÁ 24h
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM 11787

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 07/01/2019

**MOTIVO DA ALTA
MELHORADO**

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 11/01/2019 13:26:02.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: FAPX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 07/01/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 07/01/2019 - 16:13

NOME: HERDSON TERTULIANO DA SILVA
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PLATO TIBIAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO:
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA - ARTICULAR DO JOELHO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
OSTEOTOMIA DE TIBIA
CIRURGIÃO: DR RICARDO LYRA
ANESTESISTA: DR BRENO
ANESTESIA: RAQUI

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. DVH + ISQUEMIA E GARROTE + ASEPSIA E ANTI SSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
2. INCISÃO POSTERIOR EM "L" + DISSECAÇÃO POR PLANOS E VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA + REDUÇÃO E COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 3,5mm DE EM PORÇÃO PÔSTEROMEDIAL APÓS REDUÇÃO EM ESCÓPIA, E COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS
3. LAVAGEM EXAUSTIVA E SUTURA POR PLANOS E CURATIVO
4. RETIRADA DE GARROTE E E VERIFICADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Dr. RICARDO LYRA DE OLIVEIRA
CRM: 15105

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: RICARDO LYRA DE OLIVEIRA, CRM: 15105, Data e Hora: 07/01/2019 16:11:01.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL. C

Rio Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAL(AIS)

WILSON SEVERINO FIRMINO

HSA

620679

RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR

0408050551 / 0408050152

0408080190

0702030970 01

0702030724 02

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Platô Tibial Direito. Operado. Readmitido para 2º tempo cirurgico.

Operado. Alta hospitalar após melhora.

DR. HENRIQUE BARBOSA

71746226440

14/01/19

AUTORIZAÇÃO

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 14/01/2019

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Platô Tibial Direito CÓDIGO:
0408050551

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Platô Tibial Direito + Reconstrução Ligamentar +
Osteotomia CÓDIGO: 0408050551 / 0408050190 / 0408050152

CGD	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA :		
5	ANESTESISTA :	Dr. Breno Fonseca	13034
6	CLÍNICA MÉDICA :		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ORTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Platô Tibial Direito.
Operado. Readmitido para 2º tempo cirúrgico.

Operado. Alta hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 17/01/2019 09:13:18

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 14/01/2019

**MOTIVO DA ALTA
CURADO**

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 17/01/2019 09:13:18.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 F. MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3900 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO (Laudo para Revisão)** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 14/01/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 14/01/2019-15:24

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Platô Tibial Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Platô Tibial Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Platô Tibial Direito + Reconstrução Ligamentar + Osteotomia
Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antiseptia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado a redução da fratura. Verificada boa redução cirúrgica da fratura através de scopia em AP e Perfil;
5. Incisão medial e proximal. Dissecção por planos e hemostasia. Dissecado ligamento colateral medial, levantado fragmento com depressão. Realizado osteotomia, lavagem exaustiva. Realizado aposição de OI Placa + parafusos. Verificado boa posição dos implantes através de scopia. Realizado reconstrução do ligamento colateral sob a placa. Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia;
6. Sutura por planos com Vycril e Nylon;
7. Curativo;
8. Verificada boa perfusão distal;
9. Radiografia de controle.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: WILSON SEVERINO FIRMINO

Reg.: 620676

Pront.: 1157104

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 27/05/1979

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 39

Admissão: 11/01/2019 12:30

Alta: 16/01/2019 09:05

Admissão:

FRATURA EM PLANALTO TIBIAL DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS, PACIENTE INTERNAO 29/12/2018, REALIZOU 2 TEMPOS CIRURGICOS, RECEBENDO ALTA NESTA DATA.

Diagnóstico:

Principal S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	11/01/2019 12:30	16/01/2019 09:05	5 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº RICARDO LYRA para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Paciente: WILSON SEVERINO FIRMINO
Telefone: 81994432241

Reg.: 620675 Pront.: 1157104
Dt. Nasc.: 27/05/1979 RG: 5392803

Titular: WILSON SEVERINO FIRMINO

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

IH No.: 2

Admissão: 11/01/2019 12:30

CID: S821

Matric:
Leitos: LEITO C2
Convênio: RETAGUARDA GETULIO
OS:

Data/Hora: 14/01/2019 12:07

Exames Solicitados:

1) RX JOELHO/ROT-AP/LAT DIREITO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 F MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bom Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

dicWare - 16/01/2019 09:04

Página 1 / 1





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

WILSON SEVERINO FIRMINO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 90 dias.

CID: s821

Recife, 10/01/2019

Dr. Henrique Costa Barbosa
Otorrinolaringologista
CRM: 10531

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 F 111 709

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 MAI 2019
Rua da Aurora, nº 173, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 173, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD - RENAVAM 1002079826 2018

WILSON SEVERETT FIDRINO

SAO L. DA RENA - PE

026.098.664-02

PLACA AN/UN

PAS /MOTOCICLISTA

2P/97CL

IPVA 2018 QUITADO

V I

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO FACO

SEM RESERVA

SAO L. DA RENA

18/02/18

Charles Andreus Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

2.494/0001-41
AO CORRETORA
SEGUROS LTDA
1 F MAI 2019
Rua, 175, SL 902 BL. C
Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

PE Nº 013932279890 BILHETE DE SEGURO DPVAT
WILSON SEVERETT FIDRINO

CASA SAO L. DA RENA - PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

1 026.098.664-02 2018 18/02/18

1002079826

2014 09

9CZHB0210ER444556

PREMIO TARIFARIO

SEGURO FACO

SEGURO FACO

SEGURO FACO

SEGURO FACO

SEGURO FACO

SEGURO FACO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.348.098/0001-04

DISTRIBUIR E GUARDAR O BILHETE DPVAT

EM RUA E DE FORTE OBRIGATORIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326745 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON SEVERINO FIRMINO **Data do acidente:** 24/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS + REPARO LIGAMENTAR) E ALTA MÉDICA. (P5 P8 P12)

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326745 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON SEVERINO FIRMINO **Data do acidente:** 24/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíNTESE (PLACA E PARAFUSOS + REPARO LIGAMENTAR) E ALTA MÉDICA. (P5 P8 P12)

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: WILSON SEVERINO FIRMINO
brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão: CARPINTIEIRO
portador(a) do RG nº: 5.392.803, órgão expedidor: SSP/PE, inscrito (a)
no CPF sob o nº: 026.098.664-02, residente na
RUA 41, Nº 95, BAIRRO: MURIBARA
cidade: SAO LOURENÇO DA MATA, Estado: PE, CEP: 54.720-012
telefone: (81) 9.8488-7131 / _____ / _____
email: _____

OUTORGADOS: **FLÁVIO GUILHERME BRAGA DE CASTRO COITINHO**, brasileiro, divorciado, administrador, inscrito no CPF sob o nº. 024.944.714-27, RG Sob o nº 4851396 SDS-PE, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ALCIONE GOMES DA SILVA**, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ERLON ALBUQUERQUE GOMES**, brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, inscrita no CPF sob o nº. 705.296.194-66, RG Sob o nº 8351765, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 01 de FEVEREIRO de 2019.

Wilson SEVERINO FIRMINO 05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

16 MAI 2019
Rua da Aurora, nº 175, 54.902 BL. E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

