



Número: **0090061-06.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.906,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56987285	27/01/2020 14:52	2687313_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00900610620198172001

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 **ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS**, 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 **07/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 22/04/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.543,75 (três mil e quinhentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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




Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue 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\$ 3.543,75 (três mil e quinhentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190522837	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS	Data do acidente: 07/04/2019	Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS		
PARECER				
Diagnóstico: Luxação do ombro direito. Fratura exposta do 4º quirodáctilo esquerdo.				
Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação severa dos movimentos da flexão do 4º quirodáctilo esquerdo. Instabilidade articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 80 graus, abdução a 90 graus, deficit de força grave.				
Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador para redução da luxação, limpeza e sutura do ferimento na mão, imobilização. Fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 3 meses				
Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do ombro direito				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 10/10/2019				
Conduta mantida:				
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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

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

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

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



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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.543,75 (três mil e quinhentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 07/04/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.543,75 (três mil e quinhentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06318

CONTA: 000000042466-7

Autenticação:

9D7166BA2D3AF0E843F6A450E53B6D0E97D276DCF94E5BB21BACE7BBD5C2014E

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e 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\$ 3.543,75 (TRÊS MIL E QUINHENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

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

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

⁷art. 1º. (...)

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



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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 24 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 nexos 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 **ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00900610620198172001.

Rio de Janeiro, 24 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: **0090061-06.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.906,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56987293	27/01/2020 14:52	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF³.

³ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ⁴ 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 GIZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010684794, SO na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 47984830444

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 47984830444, 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 Tamara</u>	Número: <u>96</u>	Complemento: <u>an</u>
Bairro: <u>Prazeres</u>	Cidade: <u>JABOATÃO</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>54315530</u>	Tel (DDD): <u>81-5607</u>

Local e Data: 19 de Agosto de 2019

Gizilane Duarte Brito dos Santos
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 SET 2019

Rua da Aurora, 179 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

DLDRL001 V001/2017





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames

Dr. Tullio F. Rangel
Ortopedista
CRM 13.282 / RQE 243529-6

Código Procedimento

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Tratamento / Procedimentos

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo

Evolução de Enfermagem

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadui-se

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Assist. Social

Confirmação do Nome

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 com os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível: 05.802.494/0001-41

Nº da Identidade: Assinatura:

Cadastramento: 21/08/2019 03:15 h. EDILENERS Impressão: 21/08/2019 03:15 h. EDILENERS

04 51 79

Rua da Aurora, 3.902 BL. C.

Bom Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 706274

Prontuário: 3115963

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data Nasc.: 08/10/1953

Idade: 55

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 47984530444

RG:

CNS: 898003920525834

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO

Nº: 30

Bairro: MARCOS FREIRE

Cidade: JABOTATUBA DOS GUARARAPES

Estado: PE

CEP: 54360150

Fone: 89843707

Profissão:

Nome da Mãe: ADENAIDE

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. EMERSON | RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEMA + DOR EM MSE + MSD J. SA

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA: 07/04/2016 HORA: 19:43 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Acidente vítima de queda de moto apresentando lesão de parte dorsal no ombro (D) e fratura exposta em mão (E)*

História do Trauma

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

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Correção: Sim ☐ Não ☒ Tipo:

Motorista ☐ Passageiro ☒

Atropelamento: Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por:

Transporte Realizado por

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒

Por que:

Observações:

*403 (G)
DNE (F)*

fratura exposta

Exame Físico:

A: Geral

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

estável no ABC

B: Respiratório

5/10/16 30

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ ME ☐

Pupilas: Isocônicas ☐ Anisocônicas ☐

Glasgow Abertura Ocular

Glasgow Resposta Verbal

Glasgow Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

09/04/2016
Rua da Aurora, Nº 176, SL 902 BL. C
Rua Vista - CEP: 54360-010
1711-1111





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E Abdômen

Diagnóstico Inicial

Exames Solicitados 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados 1 - Especializados

Resultado de Exames

Dr. Tonia Range
Ortopedia
CRM 13.202 e Reg. 2400075

Código Procedimento

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Tratamento / Procedimentos

Indicação Cirúrgica Sim ☐ Não ☐ Motivo

Evolução de Enfermagem

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadir-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Procedência: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Observações

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico CRM/CRD Data Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento

Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, cirurgias 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 do Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data Nome completo legível

Nº da Identidade Assinatura

Cadastramento: 21/08/2019 03:15 h EDILENERS Impressão: 21/08/2019 03:15 h EDILENERS

05.802.494/0001-43
TRAFEGO COMERCIAL
DE TRANSPORTES

Médico

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 14:52:13
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012714521369400000056056461
Número do documento: 20012714521369400000056056461



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Usuario da Internação
EDSONAV



706287

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº Atendimento: 706287	Nº AIH:
Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS		Prontuário: 1115963	
Data Nasc.: 09/10/1963	Idade: 65	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
CPF: 47984830444	RG:	CNS: 896003920586834	Religião:
Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO		Nº: 30	
Bairro: MARCOS FREIRE	Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES	Estado: PE	
CEP: 54360150	Fone: 86643707	Profissão:	
Nome da Mãe: ADENAIDE			
Nome do Conjuge:			
Nome:			
Parentesco:		RG:	Fone: 86643707

2 - INTERNAR PARA	
Clinica: CLINICA GERAL	Prestador: 90
Unidade de Internação:	Leito: SR 40
Diagnostico Inicial (Constante do Laudo Médico):	CID: 5006
Procedimento Solicitado:	COD:
Procedimento Realizado:	COD:

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxílio Cirúrgico		
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Damais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesista		
7.	Clinico		
8.	Neonatalogista		

05.502.494/0001-41
TRABALHO COMPLETO
DE SEGURANÇA
0.0
Rua da Aurora, 8175, Apto 101
Bela Vista, CEP: 54060-100
Recife, PE

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 1415030013	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/> 0408020012	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 0408010118	
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PROTESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:	CID: 2826	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:
-----------------------------------	-----------	------------------------------

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)	
Linha Tronco das Faltas de não ©	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
MOTIVO DA ALTA	Alta
DATA DA INTERNAÇÃO:	DATA DA ALTA: 10/1/2020 DIAS DE INTERNAÇÃO: 10
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.	



NOME

Adenilson Rodrigues dos Santos

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE

CARTÃO SUS

CLÍNICA

ORTOPEDIA

ENFERMARIA

SR

LEITO

35

Nº DO REGISTRO

1115963

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

PESO

ALTURA

SEXO

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO)

Luxação Ombro D + Fratura Exposta Mão Esquerda

COMORBIDADE

PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS

Tratamento Cirúrgico (Limpeza cirúrgica + Debridamento + Sutura + Redução de Ombro D)

DATA DA INTERNAÇÃO

07/04/19

DATA DA ALTA

16/04/19

DIAS DE INTERNAÇÃO

09

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

CID

S43.0; S62.6

CARIMBO/REVISOR/TATUAMENTO

COD

EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

MATRÍCULA

1

CIRURGIÃO

Dr Rodrigo Castro

2

1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

Dra Hanna

3

2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

4

ANESTESISTA

5

CLÍNICO

RESUMO DO CASO

(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)

Paciente com fratura exposta de mão esquerda submetido ao tratamento cirúrgico. Submetido também a redução inconcreta de luxação de ombro D. Recebe alta em boas condições clínicas.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA

ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos + Reforço da vacina de tétano.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Luxação Ombro D + Fratura Exposta Mão Esquerda

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA

BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.

MOTIVO DA ALTA

CURADO

MELHORADO

X

TRANSFERÊNCIA

OUTROS

GRITO

IML SVO BO

05.802.494/0001-41
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04/05/2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, 2º
Bos Vaca - CEP: 50050-000
RECIFE-PERodrigo de Amorim Silva
Ortopedista e Traumatologista
CRM 12.496
CREMESP 12.439
Médico Responsável

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO

Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia

DATA

16/04/19



COMUNICADO
ao xxi
nual 05:00

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Adenilson Rodrigues dos Santos			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 35	Nº DO REGISTRO: 1115963	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Luxação Ombro D + Fratura Exposta Mão Esquerda				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: Tratamento Cirúrgico (Limpeza cirúrgica + Debridamento + Sutura + Redução de Ombro D)				
DATA DA INTERNAÇÃO: 07/04/19	DATA DA ALTA: 16/04/19	DIAS DE INTERNAÇÃO: 09		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID S43.0, S62.6	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	Dr Rodrigo Castro		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	Dra Hanna		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com fratura exposta de mão esquerda submetido ao tratamento cirúrgico. Submetido também a redução incruenta de luxação de ombro D. Recebe alta em boas condições clínicas.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA				
ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos + Reforço da vacina de tétano.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Luxação Ombro D + Fratura Exposta Mão Esquerda				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA		ÓBITO	Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C	
CURADO _____ MELHORADO <u>X</u> TRANSFERÊNCIA _____		IML _____ SVO _____ BO _____	Bela Vista - CEP: 50.060-010	
OUTROS:			RECIFE-PE	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia				
DATA: 16/04/19				

Rodrigo de Amorim Silva
Ortopedista/Traumatologia
CREME-PE 17.439
Médico Responsável





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Prontuário: 01115963

Data de Nascimento: 09/10/1963

Idade: 55a 6m 16d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

FRATURA EXPOSTA DE 4 QUIDODACTILO ESQUERDO

LUXAÇÃO EM OMBRO DIREITO

Feito o Exame de: ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

Observação:

PACIENTE COMPARECE AO PRIMEIRO RETORNO APOS INTERNAÇÃO
REFERE ACIDENTE DE MOTOCICLETA DIA 07/04 COM FX EXPOSTA EM MÃO ESQUERDA
07/04: REDUÇÃO INCRUENTA DO OMBRO DIREITO
07/04: LMC + SUTURA DE 4 QUIDODACTILO ESQUERDO
AO EXAME: NEUROVASCULAR PRESERVADO
BOA PERFUSÃO DISTAL
FO: BOM ASPECTO, SEM SAÍDA DE SECREÇÃO, COM PONTOS DE SUTURA

RAIO X DO DIA DO TRAUMA EVIDENCIANDO FRATURA EM FALANGE MEDIAL DO 4 QUIDODACTILO ESQUERDO
CD: CONTINUAR ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
NOVO RAIO X NO RETORNO

CD: 562

Dr. Emmanuel Costa
Médico
CREMEPE 27967

Recife, 25 DE ABRIL DE 2019

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

EMMANUEL COSTA MACIEL - CRM: Nº.27967

09 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. I

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 706274

Prontuário: J 115963

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data Nasc.: 08/10/1963

Idade: 55

Sexo:

MASCULINO

Cor:

CPF: 47064830444

RG:

CNS: 808003920588834

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO

Nº: 30

Bairro: MARCOS FREIRE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Estado: PE

CEP: 5430150

Fone: 88643707

Profissão:

Nome da Mãe: ADENAIDE

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT CNF. EMERSON / RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEMA + DOR EM MSE + MSD - GAS

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA: 07/04/2018 HORA: 15:43 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Acidente de trânsito com queda de moto apresentando lesão + edema + dor em MSE + MSD - GAS

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
 Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒ Tipo: ☐ Tipo ☒ Tipo ☐ ☐ Motorista ☐ Passageiro ☒
 Queda: Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto: ☐ Local de Impacto ☒ Local de Impacto ☐
 Arrepelamento: Sim ☐ Não ☒ Tipo: ☐ Tipo ☒ Tipo ☐ ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Aflição: ☐ Aflição ☒
 Vibração de Ferimento: Sim ☐ Não ☒ Por: ☐ Por ☒ Transporte Realizado por: ☐ Transporte Realizado por ☒
 Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por: ☐ Por ☒ Transporte Realizado por: ☐ Transporte Realizado por ☒
 Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por que: ☐ Por que ☒

Observações:

Lesão em MSE + MSD - GAS

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta permeável Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp: ☐ Temp ☒

Respiração normal

B: Respiratório

Normal

C: Circulatório

PA: ☐ x mmHg Pulso: ☐ bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MGO ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☒
 Glasgow: Abertura Ocular: ☐ Glasgow: Resposta Verbal: ☐ Glasgow: Resposta Motora: ☐
 Escor: ☐ Hora: ☐ Escor: ☐ Hora: ☐

05.802.494/0001-43

TRACÃO CORRETORA

DE SÓCIEDADE

05.802.494/0001-43

TRACÃO CORRETORA

DE SÓCIEDADE

05.802.494

25.5.2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL E

Bela Vista - CEP: 54301-510

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL E

Bela Vista - CEP: 54301-510

REC-PE





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames

Dr. Talla Range
Ortopedia
CRM 13.282 / RJ 12559-2

Código Procedimento

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Tratamento / Procedimentos

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo

Evolução de Enfermagem

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Assist. Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Procedência: 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 existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, cirurgias e/ou cirurgias, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: Nome completo legível:

Nº de Identidade: Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível:

Nº de Identidade: Assinatura:

Cadastramento: 21/08/2019 03:15 h EDILENERS

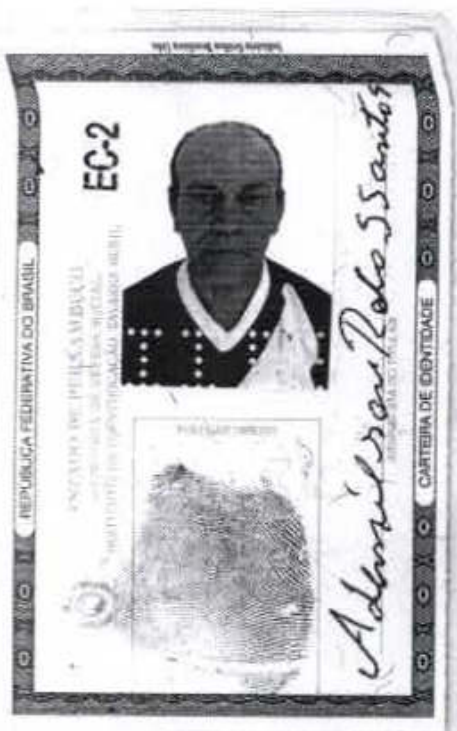
Impressão: 21/08/2019 03:15 h EDILENERS

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETIVA
DE CÉLULA

231
Rua da Aurora, 175, SL 901 NL
Boa Vista - CEP: 50.060-000

09/01/2020
Rua da Aurora, 175, SL 901 NL
Boa Vista - CEP: 50.060-000
EST. 10





05-802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 09/10/19
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 51.060-010
 RECIFE-PE



PE Nº 0139336BB239 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 APERTILSON RODRIGUES DOS SANTOS 54360-090
 RUA ANDRE DÍAS DE FRANCA 50
 BL. 50 APT 205 MANGOS FREIXES JAB. CORARAPÉ-PA
 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DO COSELTUNA
 www.seguradanielider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

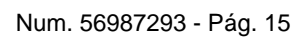
1	479.848.306-44	OPR. CIVIL	DATA EMISSÃO 10/02/10
1079491436	1/NOVEMB 00 49D-2	URCA / MODELS	PCH6322
2014	08	LETNCA20426008258	

ANO PREV. 2014
 PREMIO TARIFARIO
 CUSTO DO SEGURO PREV.

CUSTO DO BILHETE PREV.
 SEGURO FALSO
 PROTESTO
 DATA DE EMISSÃO

DATA ÚNICA
 SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 04.558.000/0001-45



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190522837 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Luxação do ombro direito. Fratura exposta do 4º quirodáctilo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação severa dos movimentos da flexão do 4º quirodáctilo esquerdo. Instabilidade articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 80 graus, abdução a 90 graus, déficit de força grave.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador para redução da luxação, limpeza e sutura do ferimento na mão, imobilização. Fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 3 meses

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	26,25 %	R\$ 3.543,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190522837 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/DEBRIDAMENTO E ALTA MÉDICA.
P.06/08/09

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190522837 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/DEBRIDAMENTO E ALTA MÉDICA.
REDUÇÃO INCRUENTA DE OMBRO DIREITO.P.06/08/09

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



**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.

Número do Sinistro: **3190522837**

Nome do(a) Examinado(a): **ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua André Dias de França, 205 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54360-090

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **2744311**

Data e local do acidente: [**07/04/2019**] **Recife, PE**

Data e local do exame: [**10/10/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Luxação do ombro direito. Fratura exposta do 4º quirodáctilo esquerdo.

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

Ao exame, vítima apresenta limitação severa dos movimentos da flexão do 4º quirodáctilo esquerdo. Instabilidade articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 80 graus, abdução a 90 graus, deficit de força grave.

III. Nexó de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento conservador para redução da luxação, limpeza e sutura do ferimento na mão, imobilização. Fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 3 meses

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do ombro 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"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

4º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

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



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190522837

Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois o entregue não permite a leitura das informações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01807/01808 - carta_03 - INVALIDEZ

00010904



Carta nº 14765475





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, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190522837

Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01125/01126 - carta_02 - INVALIDEZ

00050563



Carta nº 14823840





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, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190522837

Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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 14917423





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, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190522837

Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 341

Agência: 6318

Conta: 0000042466-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190522837 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Luxação do ombro direito. Fratura exposta do 4º quirodáctilo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação severa dos movimentos da flexão do 4º quirodáctilo esquerdo. Instabilidade articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 80 graus, abdução a 90 graus, déficit de força grave.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador para redução da luxação, limpeza e sutura do ferimento na mão, imobilização. Fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 3 meses

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	26,25 %	R\$ 3.543,75



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 44984830444 Nome completo da vítima: ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS EFATUA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITÍMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR USER Nº 445/2012

Nome completo: ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS CPF: 44984830444

Profissão: LETRISTA Endereço: RUA ANDRÉ DIAS DE FRANCA Número: 305 Complemento: BL. 50

Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOATÃO Estado: PE CEP: 54360-090

E-mail: _____ Tel. (DDD): 81 98533-5489

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO 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: ITAU

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 6312 CONTA: 42466 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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) ☐ Divorciado ☐ 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: Recife 19 de Agosto de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

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

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

V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 47984830444 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 6318 CONTA: 424667

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da testemunha





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2141001432

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/04/2019 às 10:15

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia 7/4/2019 às 18:50

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1 - Bairro: JARDIM SAO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVÍDUO DESCONHECIDO

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

ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADELAIDE FREITAS DOS SANTOS** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **9/10/1963** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **CONJUNTO MARCOS FREIRE, 30, RUA DO SOCORRO - CEP: 55000-000 - Bairro: MARCOS FREIRE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS INFORMA QUE QUANDO ESTAVA TRAFEGANDO NA AVENIDA RECIFE, NO DIA 07/04/2019, POR VOLTA DAS 18:50 HORAS COM SUA MOTONETA I/WUYANG WY48Q-2 DE COR PRETA E PLACA PCM 6322 FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO QUE NÃO SABE PRECISAR AS CARACTERÍSTICAS. NA OCASIÃO, A VÍTIMA CAIU DESACORDADA EM VIRTUDE DO FORTE IMPACTO QUE SOFREU E LHE ACARRETOU UMA LUXAÇÃO NO OMBRO DIREITO E UMA FRATURA EXPOSTA NO DEDO ANELAR DA MÃO ESQUERDA, ALÉM DE ESCORIAÇÕES. DECLARA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU QUE FORA CHAMADA POR POPULARES QUE SE ENCONTRAVAM NO LOCAL E LEVADO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E RECEBEU UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PARA SANAR AS LESÕES SOFRIDAS EM CORRÊNCIA DO ACIDENTE. NA OCASIÃO FOI OPERADO PELO DOUTOR RODRIGO CASTRO AUXILIADO PELA

007.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



DOUTORA HANNA E RECEBEU ALTA HOSPITALAR ASSINADA PELO DOUTOR RODRIGO DE AMORIM SILVA (ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA) CREMEPE 17.439 E TEVE SEU PRONTUÁRIO ABERTO NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR SOB O NÚMERO 1115963. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

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

Adenilson Rodrigues dos Santos
ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Rosalvo Francisco Barbosa*
ROSALVO FRANCISCO BARBOSA MAT 208.202-0



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09 SET 2019
Rua da Aurora, 101, 125, 8, 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.080-010
RECIFE-PE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 44984830444 Nome completo da vítima: ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS EFETUA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITÍMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR USER Nº 445/2012

Nome completo: ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS CPF: 44984830444

Profissão: LETRISTA Endereço: RUA ANDRÉ DIAS DE FRANCA Número: 305 Complemento: BL. 50

Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOATÃO Estado: PE CEP: 54360-090

E-mail: _____ Tel. (DDD): 98533 5489

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO 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)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 6312 CONTA: 42466 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Recife 19 de Agosto de 2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: 05.802.494/0001-41

2ª Nome: 09.561.613 CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

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

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

V001/2018

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 706274

Prontuário: 3116963

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Data Nasco: 05/10/1963

Idade: 55

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 47084530444

RG:

CNS: 869503900585834

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO

Nº: 30

Bairro: MARCOS FREIRE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Estado: PE

CEP: 54380150

Fone: 80643707

Profissão:

Nome da Mãe: ADENAIDE

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AJT. ENF. EMERSON / RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEMA + DOREM MSE + MSG / SAA

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA: 07/04/2015 HORA: 19:43 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Lesão na região da articulação do ombro direito, com dor intensa na região do ombro e fratura exposta da clavícula.

História do Trauma

Pêda 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 checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	
Coleção: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Arropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:	
Vítima de Fardo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	
Quedadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Altura: m
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Transporte Realizado por:	
Observações: <i>Lesão na região da articulação do ombro direito, com dor intensa na região do ombro e fratura exposta da clavícula.</i>	Por que:	

Exame Físico:

A: Geral: Via aérea: esta pervia Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp: C°

B: Respiratório

C: Circulatório: PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular: Escala: Hora:	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Resposta Verbal: Escala: Hora:	Glasgow: Resposta Motora: Escala: Hora:	

05.802.454/0001-11

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04-51-719

Rua da Aurora, 10 175, 51.902-000

Boa Vista - CEP: 50.050-000

RECIFE





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames

Tratamento / Procedimentos

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo

Evolução da Enfermagem

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadui-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Procedência: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Observações

Assist. Social

Assist. Social

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, cirurgias e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e com os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data

Nome completo legível

Nº da Identidade

Assinatura

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam surgir.

Data

Nome completo legível

Nº da Identidade

Assinatura

Cadastramento: 21/06/2019 03:15 h

EDILENERS

Impressão

05.802.494/0001-41

21/06/2019 03:15 h EDILENERS

DE SEGURANÇA

0.9 57 709

Rua da Aurora, 111 - Fone: 302.91.11

Bom Vista - CEP: 50.060-010

REC-01



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06318

CONTA: 000000042466-7

Autenticação:

9D7166BA2D3AF0E843F6A450E53B6D0E97D276DCF94E5BB21BACE7BBD5C2014E





AVENIDA CRUZ CARNEIRO - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE-PE
CNPJ: 09.004.000-000. Fone: (081) 0800 081 8199
Inscrição Estadual: 14.1.001.0014998-2
CNPJ: 09.769.019/0001-04
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190756023127

Escritório: MARCOS FREIRE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

05602312.7

07/2019-3

DESTINATÁRIO:

TANTA MATA DO FREITAS

E ANDRÉ DIAS DE FRANCA, EL. 50 - APT-202 - MARCOS FREIRE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

INSCRIÇÃO: 788.578.549.0231.214

GRUPO: 2

OPÇÃO DÊS. AUTOMÁTICO: 05602312.7

DESCRIÇÃO:

DESCRIÇÃO: CADA SUBSISTENTE

EXTENSÃO BOM:

LIGADO

EXTENSÃO BOM:

LIGADO

EXTENSÃO:

2

COMPTABILIDADE DE SUBSISTENTE:

COMERCIAL

INDUSTRIAL

INDUSTRIAL

INDUSTRIAL

POSTERIOR:

AL78034334

DATA DE VENCIMENTO:

25/06/2019

DATA DE VENCIMENTO:

24/07/2019

Tipo de Consumo:

REAL / FISCAL

ÁGUA

LEIT. ANT.: 108

CONSUMO: 3

ESGOTO

LEIT. ANT.: 1

VOLUME: 3

LEIT. ATUAL:

LEIT. PAT.: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

06/2018 4/ 4

07/2018 6/ 6

08/2018 4/ 4

09/2018 5/ 5

10/2018 4/ 4

11/2018 5/ 5

12/2018 5/ 5

MÉDIA 4/ 4



PARÂMETROS

REIO. PELA POST.

Nº 2.914/11

NÚMEROS DE AMOSTRAS

ANÁLISES

REALIZADAS

ATENDIMENTO A

LEGISLAÇÃO

TURBIDIDADE

34

34

33

ODOR APARENTE

34

34

22

CLORO RESIDUAL

34

34

34

COLIFORMES TOTAIS

34

34

34

M.C.T.

34

34

34

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS APRESENTA EM SEU DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.

(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, RESIDUO CLORO E CLORO RESIDUAL SÃO

INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.

(3) OS PARÂMETROS ODOR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DO ASPECTO

VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL - 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

2 M3

41,30

ESGOTO (50% DO VALOR DA ÁGUA)

RESIDENCIAL - 001 UNIDADE

CONSUMO DE ESGOTO

2 M3

20,65

PIS	41,30	1,88	1,82
COPIME	41,30	3,48	4,71

VALIDADE:

05/08/2019

TOTAL A PAGAR:

61,95

VALIDADE POR:

INTERNET

VALIDADE EM:

15/08/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

09 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



0800-2813844

VALIDADE:

05602312.7

07/2019-3

VALIDADE:

05/08/2019

TOTAL A PAGAR:

61,95

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 14:52:13

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012714521369400000056056461

Número do documento: 20012714521369400000056056461

Num. 56987293 - Pág. 34

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0805943-03



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GAZILANE DUARTE BRITO DOS SANTOS

CPF: 010.684.794-50 NIS: 13008034453

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TAMOIO 96
PTE 9 7230

PRAZERES/PAZERES
54315-530 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

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

DATA DE VENCIMENTO

24/07/2019

TOTAL A PAGAR(R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

059972971

CONTA CONTRATO

007030297304

Nº DO CLIENTE

2016652446

Nº DA INSTALAÇÃO

0801653355

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

ED2A.9C8C.4F76.9E04.CA3D.BAA0.AB9C.F800

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	6,19218255	6,78
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	62,00	6,32045080	20,75
Acréscimo Bimestral AMARELA			0,31
Contrib. Bun. Pública Municipal			0,56
ICMS Subvenção-CDE-NF 052195837-16/05/18			0,50
Multa por atraso-NF 066092052 - 14/06/19			0,50
Juros por atraso-NF 066092052 - 14/06/19			0,91
Atualização IGPM-NF 066092052 - 14/06/19			0,91
Bônus ITAPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,76
TOTAL DA FATURA			31,30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	26,82	0,82	0,21	26,82	3,81	1,02

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 6,19218255
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 6,32045080

HISTÓRICO DO CONSUMO

DATA	CONSUMO (kWh)
JAN 19	01
FEB 19	02
MAR 19	03
ABR 19	04
MAY 19	05
JUN 19	06
JUL 19	07
AUG 19	08
SET 19	09
OCT 19	10
NOV 19	11
DEZ 19	12
JAN 20	13
FEB 20	14
MAR 20	15
ABR 20	16
MAY 20	17
JUN 20	18
JUL 20	19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	RE	%
Geração de Energia	12,44	40,37
Transmissão	1,37	4,37
Distribuição (Cabo)	0,35	1,12
Encargos Sociais	0,82	2,62
Tributos	1,23	3,93
Perdas de Energia	3,81	12,17
TOTAL	31,30	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FASE	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE FASES	CONSUMO (kWh)
00000030480291	CAT	1406/2018 17.073,00	1707/2019 17.164,00	3	83,00

(DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/08/2019)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
maio/2019					
DIC-Hor de horas sem Energia	0,00	4,95	9,91	19,82	
FIC-Hor de horas sem Energia	0,00	3,17	6,35	12,70	
DMC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	2,77	9,90	0,00	
Limite DMC: 12,23					
Limite DMC em dia crítico					
ELSD-Velocidade de Encargos de Uso - R\$ 13,16					
Este Consumidor pode solicitar a aprovação das indicações DE, FE, DMC e ELSD a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 29.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
De acordo com a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 27,30.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQM

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007030297304	07/2019	0,00	24/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

