



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
56987 285	27/01/2020 14:52	<u>2687313_CONTESTACAO_01</u>	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.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 14:52:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012714521347000000056056453>
Número do documento: 20012714521347000000056056453

Num. 56987285 - Pág. 1

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 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			Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT	
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 Ao exame, vítima apresenta limitação severa dos movimentos da flexão do 4º quirodáctilo esquerdo. Instabilidade física: 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

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

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 14:52:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012714521347000000056056453>
Número do documento: 20012714521347000000056056453

Num. 56987285 - Pág. 3

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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:

ITAU - 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;

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)**.

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

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 da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

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

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

⁷art. 1º. (...)

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



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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 14:52:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012714521347000000056056453>
Número do documento: 20012714521347000000056056453

Num. 56987285 - Pág. 7

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 14:52:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012714521347000000056056453>
Número do documento: 20012714521347000000056056453

Num. 56987285 - Pág. 8

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 14:52:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012714521347000000056056453>
 Número do documento: 20012714521347000000056056453

Num. 56987285 - Pág. 9

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 14:52:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012714521347000000056056453>
Número do documento: 20012714521347000000056056453

Num. 56987285 - Pág. 10



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
56987 293	27/01/2020 14:52	<u>ANEXO 1</u>	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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1586 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 19 | SAC (para definições auditivas e de fala): 0800 022 12 06 | Central Olvidoria: 0800 021 91 36

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 fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURO. ³ CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.813/98.

Pelo exposto, eu Gizilane Juarte Brito Dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 010684794, 50, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

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

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

Inscrito (a) no CPF sob o N° 479848304, 44, 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 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>Rua Tamandaré</u>	Número:	<u>96</u>	Complemento:	<u>apto</u>
Bairro:	<u>Praguerê</u>	Cidade:	<u>JABOATÃO</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>54315 530</u>

Tel (DDD): 81
98250-5607

Local e Data: 19 de Agosto de 2019

Gizilane Juarte Bruto Santos

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 SET 2019

Rua da Aurora, nº 375, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

REC/FE/PJ

DIDRL001 V001/2017

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS
Data Nasc.: 09/10/1973 Idade: 55 Sexo: MASCULINO Cpf: 47084570444 RG:
Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO N° 30
Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOTACATUBA DO GUARARAPES Estado: PE
CEP: 543601150 Fone: 86643707 Profissão:

Nome da Mãe: ADENAIDE

Acompanhante:

Nome do Conjugado:

Lugar de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. EMERSON / RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEMA + DOR EM MSE + MSD / SAMU

Acidente de Trabalho: Sim Não

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

Queixa Principal / HDA:

História do Trauma

Pérdida de Consciência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Episódio Erótico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo:			
Caição	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo:		Motorista	<input type="checkbox"/>
Arrebatamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local de Impacto:		Passageiro	<input type="checkbox"/>
Última de Fingimento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo:		Sofreu Queda	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quemadura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Por:		Altura	<input type="checkbox"/>
Condições de mobilização adequadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Transporte Realizado por:	
Observações				Por que:	

Exame Físico:

A: Geral: Via aérea está pélvia Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp. °C

B: Respiratório:

C: Circulatório:

PA mmHg P脉 bpm

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Escor. Hora	Glasgow: Resposta Verbal Escor. Hora	Glasgow: Resposta Motora Escor. Hora

05.802.444/0001-1

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUNDOS LTDA

0-0 01 000

Rua da Aurora, nº 170, 5º andar

Ipatinga - CEPI 50.050-010

11/07/2015

1 de 2

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica: *DX*

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

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

Condicão de Alta:

Curado
 Inalterado
 Óbito

Melhorado
 Piorado

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta

Transferência

Estudo de Caso

Exames Externos

Assist. Social:

Observações:

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico

CRM/CRO

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e em os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como 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 11 2019

Rua da Aurora, 1502 Bairro:

Baixa Vista - CEP: 50.060-030

CEP: 50.060-030



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 708274 Prontuário: J215963
 Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS
 Data Nasc.: 08/10/1963 Idade: 55 Sexo: MASCULINO Cor:
 CPF: 41944830444 RG: CNS: 808001620526834
 Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO N°: 30
 Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOTACAO DOS GUARARAPES Estado: PE
 CEP: 54360150 Fone: 80043707 Profissão:
 Nome da Mae: ADENAIDE
 Acompanhante:
 Nome do Conjugue:
 Local de Procedência: VIA URBANA
 Clínica: CIRURGIA GERAL
 Ocorrência: AUT ENF EMERSON | RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEME + DOR EM MSE + MSD | SAM

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 07/04/2018 HORA: 15h43 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

História do Trauma:

Péda da Consciência	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emático	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Transito	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo					
Corrida	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo			Motorista	<input type="checkbox"/>	Passageiro <input checked="" type="checkbox"/>
Atropelamento	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto					
Móimo de Ferimento	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo			Sofreu Queda	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Quemadura	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por			Altura		
Condições de Imobilização adequadas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>				Transporte Realizado por		
Observações	Painel de Atendimento							

Exame Físico:

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

B: Respiratório: Desenvolvendo no ato

C: Circulatório	PA mm Hg	S mm Hg	PR bpm
-----------------	----------	---------	--------

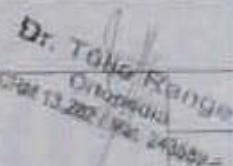
D: Exames Neurofisiológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/>	Pupilas: Hipericas <input type="checkbox"/> Alopáticas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 1 Hora	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora	Glasgow: Resposta Motoria Escore: Hora

DESENVOLVIMENTO	04/04/2018
DATA DA AÇÃO: 04/04/2018 14:52:13	SL 907 BL C
DATA DA CONSULTA: 04/04/2018 14:52:00	SL 907 BL C
PROFISSIONAL:	





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

E Abdômen			
Diagnóstico Inicial			
Exames Solicitados 1 - Patologia Clínica			
Exames Solicitados 1 - Especializados			
Resultado de Exames  Cirurgia 13.2021 / Ref. 240057-5			
Código Procedimento			
Ass. Médico + Carimbo			
Tratamento / Procedimentos			
Código Procedimento			
Ass. Médico + Carimbo			
Indicação Cirúrgica Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:			
Evolução de Enfermagem			
Ass. Enfermeira + Carimbo			
Diag. Definitivo			
Definição do Caso:			
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evacuar-se			
Condição de Alta:			
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito			
Informação do Serviço Social			
Confirmação do Nome			
Assist. Social			
Confirmação do Endereço			
Assist. Social			
Providências: Atu <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos <input type="checkbox"/>			
Observações			
Autorização para Alta / Internamento / Transferência			
Medico:	CRM/CRD	Data:	Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento			
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sanos 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 hospital, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.			
Data _____	Nome completo legível: _____		
Nº da identidade _____	Assinatura: _____		

第2页





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

Usuário da Internação
EDSONAV



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

706287

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE N° Atendimento: 706287 N° AIH:

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS Prontuário: 1115963
Data Nasc.: 09/10/1963 Idade: 55 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religião:
CPF: 47984630444 RG: CNS: 898003920586834

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO Nº: 30
Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOTACAO DOS GUARARAPES Estado: PE
CEP: 54360150 Fone: 86543707 Profissão:

Nome da Mãe: ADENAIDE

Nome do Conjugue:

Nome:

Parentesco: RG: Fone: 86543707

2 - INTERNAR PARA

Clinica: CLÍNICA GERAL Prestador: 90

Unidade de Internação: Leito: SR 40

Diagnóstico Inicial
(Constante do Laudo Médico): CID: 5006

Procedimento Solicitado: COD: _____

Procedimento Realizado: COD: _____

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1.	Cirurgião		05.802-A94/0081-A1
2.	1º Auxílio Cirúrgico		05.802-A94/0081-A1
3.	2º Auxílio Cirúrgico		05.802-A94/0081-A1
4.	3º Auxílio Cirúrgico		05.802-A94/0081-A1
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		05.802-A94/0081-A1
6.	Anestesista		05.802-A94/0081-A1
7.	Clinico		05.802-A94/0081-A1
8.	Neonatologista		05.802-A94/0081-A1

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 05.802-A94/0081-A1
<input type="checkbox"/> DIARIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/> 05.802-A94/0081-A1
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 05.802-A94/0081-A1
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PROTESE		<input type="checkbox"/>

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: 5006 CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

MOTIVO DA ALTA

DATA DA INTERNAÇÃO: 04/01/2020 DATA DA ALTA: 10/01/2020 DIAS DE INTERNAÇÃO: 6

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.



Banheiro de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

Adenilson Rodrigues dos Santos

NOME DA MÃE:

02 (DUAS) VIAS

CARTÃO SUS:

CLÍNICA:

ORTOPEDIA

DATA DE NASCIMENTO:

ENFERMAGEM:

SR

IDADE:

LEITO:

35

PESO:

Nº DO REGISTRO:

1115963

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	DATA DA ALTA	DIAS DE INTERNAÇÃO
07/04/19	16/04/19	09

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO	CÓD	CARIMBO/REVISÃO/TATUAMENTO
	S43.0/S62.6	

CD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIAO	Dr Rodrigo Castro	
2	1º AUXILIO CIRURGICO	Dra Hanna	
3	2º AUXILIO CIRURGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLINICO		

RESUMO DO CASO
(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS 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

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

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

05.802.494/0001-41
TRABALHO DE CORTE
DE MELLO JUNIOR
012714521369400000056056461
rua da Amizade, 1175, bairro
Residencial Vila Olaria - CEP 50130-000
Belo Horizonte - MG

MOTIVO DA ALTA	ORITO
CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO <input type="checkbox"/>
OUTROS	

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia

DATA:

16/04/19

Rodrigo de Amorim Silva
Ortopedista e Traumatologista
CRM-MG 14.406
CRM-SP 439
Médico Responsável

*Comunicação
ao exame
visual assinado*

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		CÓD S43.0;S62.6	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGÃO	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 TERAPÉUTICOS 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			05.802.494/0001-47 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS:		ÓBITO IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO <input type="checkbox"/>	Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C Beira Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia				
DATA: 16/04/19				
 <i>Rodrigo de Amorim Silva Ortopedista e Traumatologista CRMPE 13.406 CREMEPE 17.439 Médico Responsável</i>				



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 COMPARCE AO PRIMEIRO RETORNO APOS INTERNACAO
REFERE ACIDENTE DE MOTO DIA 07/04 COM FX EXPOSTA EM MAO ESQUERDA
07/04: REDUCAO INCRIENTA DO OMBRO DIREITO
07/04/1: LMC + SUTURA DE 4 QUIDODACTILO ESQUERDO
AO EXAME NEUROVASCULAR PRESERVADO
BOA PERFUSAO DISTAL
FO: BOM ASPECTO, SEM SAIDA DE SECREÇÃO, COM PONTOS DE SUTURA

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

L3D: 562

Dr. Emmanuel Costa
Médico
CRM/PE 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 375, sl 902 BL C
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



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

Num. 56987293 - Pág. 10

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 de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Condição de Alta:

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito	

Informação do Serviço Social:

Assist. Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta

Transferência

Estudo de Caso

Exames Externo

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, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e/ou 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 nosocomio bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequencias que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº de Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 21/06/2019 03:15 h EDILENERS

05.802.494/0001-41

Impressão: 21/06/2019 03:15 h EDILENERS

05.802.494/0001-41

Rua da Aurora, 1175, 51.951-000

Belo Horizonte - MG - CEP: 31200-000

BRASIL

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETA
DE 05.802.494/0001-41

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETA
DE 05.802.494/0001-41

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETA
DE 05.802.494/0001-41



05.802.494/0001-41
TRAJÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
02-179
Rua da Aurora, 10175, SL 502 BL C
Boa Vista - CEP: 50.050-010
RECEP-SE





05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C

Beira Vista - CEP: 50.060-010

SC/PE/PE



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

Num. 56987293 - Pág. 14

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

Num. 56987293 - Pág. 15

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 Ao exame, vítima apresenta limitação severa dos movimentos da flexão do 4º quirodáctilo esquerdo. Instabilidade física: 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, immobilização. 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 Data do acidente: 07/04/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SANTOS 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 Data do acidente: 07/04/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SANTOS 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	



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

Num. 56987293 - Pág. 18

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

[**X**] 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 sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] 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):

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

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 médica-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





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



00060563

Carta nº 14823840



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

Num. 56987293 - Pág. 22



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, contados 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

Pag. 01293/01294 - carta_01 - INVALIDEZ



00310647



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

Num. 56987293 - Pág. 23



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, retorno 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 Ao exame, vítima apresenta limitação severa dos movimentos da flexão do 4º quirodáctilo esquerdo. Instabilidade física: 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, immobilização. 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:	Nome completo da vítima:		
	4984830444	ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR JUSPí NR 445/2012				
Nome completo:		Profissão:	Endereço:	CPF: 4984830444
ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS		LETRISTA	Rua ANTONIO DIAS DE FRANCA	Número: 2051 BLOCO 50
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Complemento:
MARCOS FREIRE	JABOTACABAS	PE	54360-090	
E-mail:			Tel. (DDD): 81	98539-5499

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 7
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, 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.

Impresso:	Local e Data: <i>Recife 19 de Agosto de 2019</i>
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina o RG

TESTEMUNHAS
1º Nome: <i>0950140001-41</i>
CPF: <i>05.802.494/0001-41</i>
Assinatura: <i>TRAÇAU CORRETORA DE SEGUROS LTDA</i>
2º Nome: <i>0950140001-41</i>
CPF: <i>05.802.494/0001-41</i>
Assinatura: <i>Wua da Autora: 10.175.51.902.00</i>

Ademilson Rodrigues dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Gisela Montebello Santos
Assinatura do Procurador (se houver)

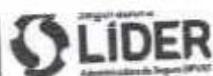
Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do integral 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 - Número do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

47984830444

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:

LETRISTA

8 - Endereço:

RUA ANDRÉ DIAS DE FRANCA

9 - Número:

905

10 - Complemento:

BL-50

11 - Bairro:

MARCOS FREIRE

12 - Cidade:

JABOATÃO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54360-090

15 - Tel (DDD):

81

16 - Tel (DDD):

9 8950-5607

15 - E-mail:

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 - Profissão do Representante Legal:

19 - CPF do Representante Legal:

20 - 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
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: ITAÚ

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6318

CONTA: 42466

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 (menino):

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Sim Não

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,

Recibo 25 de SETEMBRO de 2019
Adenilson Rodrigues dos Santos

38 - 1º | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-31

TRACÃO CORRETIVA

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

25.553.2019

Assinatura da testemunha:

rua da Aurora, 10175, SL 911-B

CEP: 50130-010

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Gigilane Duarte Bobo Gato

TESTEIRINHAS





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 SÃO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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** Naturalidade: **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** Naturalidade: **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 IUYANG 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

REC/PE
TRAÇÃO CORDEIRO
DE SEGUROS LTDA
09 SET 2019
Rua da Aurora, 10 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-070

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 Santos
ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS
(VITIMA)

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



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, 8º andar
Belo Horizonte - MG - 30250-010
NEXTE-PI



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

Num. 56987293 - Pág. 29



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	4984830444	ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR JUSPí NR 445/2012				
Nome completo:		Profissão:	Endereço:	CPF: 4984830444
ADEMILSON RODRIGUES DOS SANTOS		LETRISTA	Rua ANTONIO DIAS DE FRANCA	Número: 2051 BLOCO 50
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Complemento:
MARCOS FREIRE	JABOATÃO	PE	54360-090	
E-mail:			Tel. (DDD): 81	98539-5499

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: ITAÚ
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 7	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 7
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, 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.

Impresso:	Local e Data: <i>Recife 19 de Agosto de 2019</i>
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina o RG

TESTEMUNHAS
1º Nome: <i>09502494/0001-41</i>
CPF: <i>09502494/0001-41</i>
Assinatura: <i>TRAÇAU CORRETORA DE SEGUROS LTDA</i>
2º Nome: <i>09502494/0001-41</i>
CPF: <i>09502494/0001-41</i>
Assinatura: <i>Huia da Autora: 10.175.51.902-00</i>

Ademilson Rodrigues dos Santos
Gislen Monteiro dos Santos

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 RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do integral 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

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS
Data Nasc.: 08-10-1983 Idade: 35 Sexo: MASCULINO CEP:
CPF: 47084820444 RG: CNS: 895603920585834
Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO N°: 30
Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOTACABAL DOS GUARARAPES Estado: PE
CEP: 54350150 Fone: 83643707 Profissão:
Nome da Mae: ADENAIDE
Acompanhante:
Nome do Conjugue:
Local de Procedência: VIA URBANA
Clínica: CIRURGIA GERAL
Ocorrência: AUT EXE EMERSON / RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESAO + EDEMA + DOR EM MDS + MSQ / SAM

Acidente de Trabalho: Sim Não

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

Queixa Principal / HDA:

História do Trauma

Péssima 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 checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input checked="" type="checkbox"/>	
Arrastamento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Altura m
Quimioterapia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:		Transporte Relevado por:	
Condições de imobilização adequadas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			Por que:	
Observações:					

Exame Físico:

A- Geral: Via aérea está pélvia Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp. °C

B: Respiratório

C: Circulatório

PA mm Hg P脉 bpm

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular	Deficiência motora: MDS <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> IMIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

05.803.454/0001-11

TRAFÉO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

0417719

Rua da Aurora, 10175, 3º andar

30530-030

CTCP/SP

1 de 2

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames

*Dr. Tálio Range
Otorrinolaringologista
Caf 13.202 / Mat 240002-6*

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Condição de Alta:

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito	

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta

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 clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e som os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade da Alta a Pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____ 05.802.494/0001-41

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastro: 21/06/2019 03:15 h EDILENERS impressão: 21/06/2019 03:15 EDILENERS

005700

Medico:
Data Automa: 2020-06-21 14:52:13
Bolívia - FEP: 50.050-010
PREFEITURA

ITAU - 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



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

Num. 56987293 - Pág. 33

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP 50050-062
CNPJ 10.835.932/0001-00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



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 8142
Ouvintoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE GIZELANE DUARTE BRITO DOS SANTOS CFF: D18.684.294-50 NIS: 13000034482	DATA DE VENCIMENTO 24/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/07/2019	CONTA CONTRATADA 007030297304
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA TAMANDUÍ 96 PTE. 9 7230	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 17/07/2019	Hº DO CLIENTE 2016652446
PRAZERES/PRAZERES 54115-530 JABOTACABU DOS GUARARAPES PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO ED2A.9C8C.4F76.9E04.CA3D.BAA0.AB9C.F800		As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, proibições, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.eletrobras.com.br	

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	36,00	0,19218255	6,71
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	63,00	0,32045500	20,71
Acréscimo Bônus AMARELA			0,31
Contrib. Bens Pública Municipal			5,94
ICMS Subvenção-CDE-NF 88219837-16/05/18			0,54
Multa por atraso-NF 066092052 - 14/06/19	+		0,54
Juros por atraso-NF 066092052 - 14/06/19			0,91
Altafazenda IGPM-NF 866092052 - 14/06/19			0,81
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,76
TOTAL DA FATURA			31,85

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh:	8,15338488	JUL	19
Consumo Ativo superior a 30,465 kWh:	8,31438008	JUN	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19
		DEZ	19
		NOV	19
		OCT	19
		SET	19
		AGO	19
		JUL	19

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDEIRAS	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR		ATUAL		NP DIAS	CONSUMO MÉDIO	AJUSTE	CONSUMO MÉDIO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MM000003130486281	CAT	14/06/2019	17.703,00	17/07/2019	17.164,00	13	1408,15	-0,00	1408,15

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MÉTAL MENSAL	MÉS TRIM.	MÉTA ATUAL
maio/2018					
EIC-Não de fato sem Energia	6,00	4,95	9,81	19,82	
EFC-Não de fato sem Energia	9,00	3,17	6,35	13,79	
EMRC-Duração média de Interrupção Comuns	8,00	2,77	5,90	9,00	
EMRC-Duração de Interrupção em dia útil			Límite DICB: 12,23		
DIFID-Valor da Encargos de Use - R\$ 13,16					
Nota: Consultar o Manual de Operações para mais detalhes					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.mcti.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compençado quando há violação na contabilidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagão, em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% mês (Lei 10.428/02) e atualização monetária no próximo mês de pagamento do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 27,36.
O Cliente é compençado quando há desacumprimento do prazo definido para os padrões de abandono comercial.

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

卷之三

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

