



05/02/2020

Número: **0089823-84.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.773,65**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SANDRO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57457167	05/02/2020 13:23	2690278_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00898238420198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **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 **SANDRO FERREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **26/03/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/04/2017**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que

X

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



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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.726,35 (quatro mil e setecentos e vinte e seis reais e trinta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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 a indenização.

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;



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

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.726,35 (quatro mil e setecentos e vinte e seis reais e trinta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

⁴“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



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.

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:

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.726,35 (quatro mil e setecentos e vinte e seis reais e trinta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **26/03/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.726,35 (quatro mil e setecentos e vinte e seis reais e trinta e cinco centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

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).

⁶ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI Nº 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.



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 STJ⁷.

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

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

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

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

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

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.726,35 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E SEIS REAIS E TRINTA E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁸.

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 ação⁹

⁷ **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.”

⁸ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹ **art. 1º . (...)**

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



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

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

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

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

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



Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 4 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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



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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos

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



de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SANDRO FERREIRA DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00898238420198172001.

Rio de Janeiro, 4 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0089823-84.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.773,65**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SANDRO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57457181	05/02/2020 13:23	ANEXO 1	Outros (Documento)

2a Via de Fatura





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

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

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

Pelo exposto, eu IVONILDO FERRERIA DE BARRA JUNIOR, portador(a) do

RG nº 4493761, expedido por SDS-PC, em

22/8/11, CPF/CNPJ nº 734 699 224 68,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) SANDRO

FERRERIA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

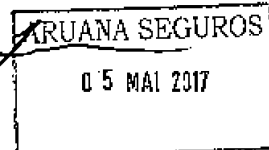
da vítima SANDRO FERRERIA DA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RECUSO

Ivonildo Ferreira de Barra Junior
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário do ve



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Samuel Joazeiro dos Santos

RG nº 4047186, data de expedição 10/04/2002

Órgão SDS PE, portador do CPT nº 057.412.404-38, com domicílio na cidade de VITÓRIA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sr. ESPÍRITO SANTO nº 05

complemento SATO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Sandra Ferreira da Silva, cujo o condutor era

Sandra Ferreira da Silva

Veículo: Automóvel

Modelo: GM/CHEVROLET D20

Ano: 1988

Placa: IVE 4359

Chassi: 9BG244NNJS6014282

Data do Acidente: 20/02/2017

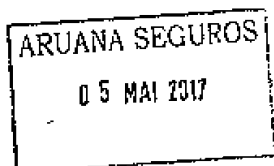
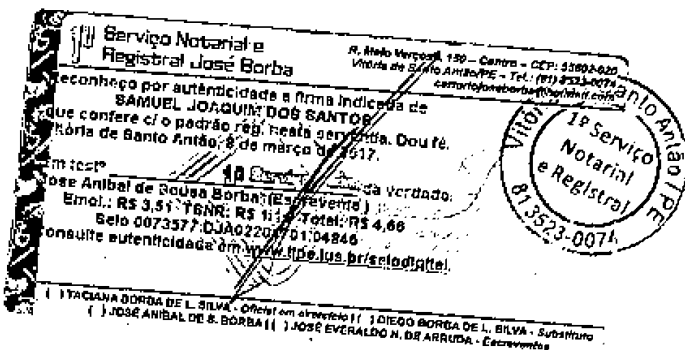
Local e Data: Vitória PE 08-03-17

X Samuel Joazeiro dos Santos
Assinatura do Declarante



Sandra Ferreira da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR,
PORTADOR(A) DO RG Nº 10.210.988-0,
CPF 000.000.000-00 / CNPJ 00.000.000/0001-91, PROFISSÃO PROFESSOR,
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (1) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR,
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONJÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca de profissão e de faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta poupança operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br/di, bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRASDESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

LOCAL E DATA

de 02 de AGOSTO de 2020

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos herdeiros/beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguros prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradordalider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ATENÇÃO



Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 8101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474
www.caixa.gov.br

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

DATA DE EFETIVACAO : 17/06/2017

VALOR : 0,00

FAVORECIDO
CCO/AGENCIA : 3536 / MONTE DAS TABOCCAS
CONTA : 013.00.013.083-0
NOME : SANDRO FERREIRA DA SILVA

REMETENTE
CCO/AGENCIA : 3536 / MONTE DAS TABOCCAS
CONTA : 013.00.009.443-3
NOME : IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNI

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA ELETRONICA
DE VALORES - TEV

AUTO-ATENDIMENTO - SAA AO VITORIA DE SANTO AN
DATA: 17/06/2017
TERMINAL: 06261002
CONTROLE: 062610020435
HORA: 16:10:56

CAIXA





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 774226/2017.

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA.

Foi atendido às 07h00 do dia 26.02.2017.

Diagnóstico provável: Fratura exposta de 5º queto dactilo
esquerdo + Ferimento extenso em mão (E)
(capotamento)

Tratamento realizado:

Trat. cirurgico de fratura exposta de 5º QDE
+ Refixação de ferimento extenso em 26.02.2017
Analgesia
Antibióticos
Trat. de suporte clínico

Obs. Alta em 01.03.2017

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03.04.2017

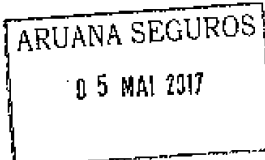
MÉDICO - CRM No.

SES - Hospital de Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



H&R
HOSPITALITY RESTAURANTS

HOSPITALA PESTORACIA

Transferring

Foi atendido às 08:00 hs. do dia 26 / 02 / 12

Diagnóstico Provável: sistema de acidente automático
histórico (SIC); apresentando natureza
separada de quinto quinquidécimo. Resposta
CICD 5.62.6) e pertencimento eterno em
uma resposta (CICD 5.61)

Tratamento Realizado: ① Unipesso clínicas mais
do medicamento ② Antileproticoterapia
e analgesia ③ Transferência para a
Unidade Básica de Saúde

Observação: Retornar ao ambulatório de antipúas após 14 dias. Quando ficar aptado de suas atividades durante 30 dias.

Cópia de

Silla da
reumatologia

01103112

Dr. P. 
Medico CRM N°

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

C64.0086

ARUANA SEGUROS

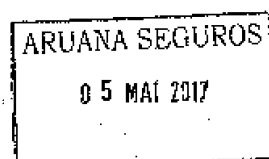
05 MAI 2017



TN 51

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO	
Paciente: <u>Sandro F. de F. L.</u>	Registro: <u>de F. L.</u>
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:
<u>Sandro F. de F. L.</u> O paciente Sandro F. de F. L. apresenta quadro clínico de insuficiência cardíaca congestiva, com sinais de congestão pulmonar e edema de membros inferiores. Prescrevo tratamento sintomático com diuréticos e medicamentos para controle da pressão arterial. <u>cd 562</u>	
Dr. Marcelo Crisanto 17 MAR 2017 Microcirurgia Ass. Danillo Medico/CREMEPE	
Data: <u>17/3/17</u>	

COD. 0189





 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO	
Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:
<u>Saúde médico</u> O paciente Sandro Ferreira de Silva é portador de fratura de fêmur no membro su- perior direito, com rigidez do AIP e S.O.D. deamb. de- sacom articulação - (um toco) do fêmur de mais de 10 cm. no antebraço circunferência 32 T92.2. do N31 91 por via lesões difusas Dr. Marcelo Crisanto Ass. Carimbo Médico 2017 CREMEPE Cir. do Membro Microcirurgia Data: 30/09/17. COD. 0340	

ARUANA SEGUROS

18 JUL 2017





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Numero do Registro

Ficha de Atendimento

6000-1
ETIQUETA

774226		Data e Hora de Atendimento: 26/02/2017 07:00		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
Cod. Paciente: 1579576		Paciente: SANDRO FERREIRA DA SILVA		Atendimento Manual:	
Data de nascimento: 19/08/1975		Idade: 41a 6m 9d		Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: CASADO		Profissão:		Acompanhante: JONATHAS DA SILVA SANTOS	
DOC ID / Data expedição 5627552 /		Mãe: OARMELITA FERREIRA DA SILVA		Cartão SUS: 700404412741541	
Pai: JOSE EDUARDO PEREIRA DA SILVA		Número 1		Complemento:	
Endereço: SÍTIO ESPÍRITO SANTO		UF: PE		Telefone: 983187379	
Bairro: ZONA RURAL		Vigilância Epidemiológica: VEH-HR/SES - NEPI			
Cidade: VITÓRIA DE SANTO ANTAO					
Ocorrências:		Notificado 02/03/17			
Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO					
Procedência: VIA PUBLICA					
Informações do Serviço Social:					
Confirmação de nome:					
Confirmação de endereço:					
Fones:					
Assistente Social					
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐					
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐					
Outros ☐					
Observação:					
Assistente Social					
História Clínica:					
Paciente vítima de capotamento de carro há 12 dias, compareceu a este serviço + realizado pelo SAMU, sem mobilização.					
ARUANA SEGUROS 10 JUL 2017					
Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐					
Incidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒ Tipo: Transporte realizado Por:					
Mobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:					
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Que?					
Exame Físico:					
A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:					
B: Respiratório Boa respiração espontânea					
C: Circulatório PA: x mm Pulso: bpm					



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MJD ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular	Escore: 4	Glasgow: Resposta Verbal	Escore: 5	Glasgow: Resposta Motora	Escore: 6
Hora: 8		Hora: 8		Hora: 8	

E: Exposição/Abdômen:

Abdom. plano, flexível

2. ancloa

Diagnóstico Inicial:

Lesão extensa em m. E +

Lesão extensa em m. E +

Cod. Procedimento

Conduta:

Solueto Ex de m. E +

1) Cefalotina 2g, EV agor

2) Dipirano 1g, EV agor

3) SAT 1 U AT

4) Unifeno

5) Ao Bloco cirurgico

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

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

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirurgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

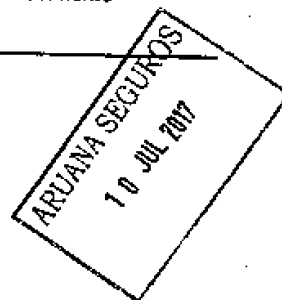
Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 26-Feb-17

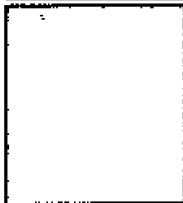


HOSPITAL DA RESTAURACAO

Formo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

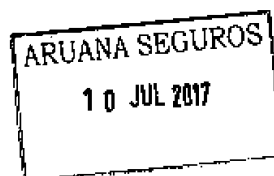
26/02/2017 06:50



Nome Paciente: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/08/1975
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: U0035
Convênio:
Atendimento:

26/02/2017 06:50 - MARCIA LIRA DE ARAUJO - COREN: 18361 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**
Cor: **AMARELO**
Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO DE AUTOMOVEL HÁ 2 H. APRESENTANDO TRAUMA E LACERAÇÃO EM MSD. REFERE DOR.
Observação: S/SENHA -SAMU JABOATÃO
Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Alergia(s):
Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 7



Acolhido(a) por: MARCIA LIRA DE ARAUJO
Data: 26/02/2017 06:50





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 774226/2017.

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA.

Foi atendido às 07h00 do dia 26.02.2017.

Diagnóstico provável: Transtorno específico de TDAH com déficit de atenção e hiperatividade extenso em ambos os lados (F)

Tratamento realizado: Tratamento com medicação específica L 32 QDE + acompanhamento extenso em ambos os lados 26.02.2017
Histórico de atendimento
Tratamento de suporte clínico

Obs. Ata de atendimento 26.02.2017

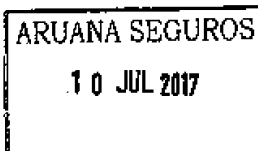
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03.04.2017

MÉDICO - CRM No.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serro
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572





PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SOLICITAÇÃO DO SAME

☐ FICHA DE ESCLARECIMENTO

☐ OUTROS

SES - Hospital da Restauração
Gerência de Atendimento
39/5/17

Fone: 3181 - 5451

Atendimento:
Segunda a Sexta
08:00 às 12:00

OBS: Informamos que a solicitação de cópia de prontuário só deverá ser liberada quando solicitada por juiz, pelo ministério público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (EX: SEGURADORAS) será emitida Ficha de Esclarecimento Médico.

Justificativas: _____

PACIENTE: _____

IDENTIDADE: _____

ADM: _____

ALTA/ÓBITO: _____

REGISTRO: _____ CÓDIGO: _____

RESIDÊNCIA: _____

FILIAÇÃO: _____

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: _____

SOLICITANTE: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

IDENTIDADE: _____

Recife _____ de _____ 2017

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife
Fone: (0xx81) 31815400





PERMANEBUÇO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SOLICITAÇÃO DO SAME

☒ FICHA DE ESCLARECIMENTO

☐ OUTROS

Fone: 3181 - 5451

Atendimento:
Segunda a Sexta
08:00 ao 12:00

OBS: Informamos que a solicitação de cópia de prontuário só deverá ser liberada quando solicitada por juiz, pelo ministério público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (EX: SEGURADORAS) será emitida Ficha de Esclarecimento Médico.

Justificativas: _____

PACIENTE: SANDRO FERREIRA DA SILVA
IDENTIDADE: 562.7552
ADM: 26.02.17
ALTA/ÓBITO: 01.03.17
REGISTRO: 774226 CÓDIGO: ~~774226~~ 1579576
RESIDÊNCIA: Sítio Espírito Santo -
Vitória de Santo Antão
FILIAÇÃO: CARMELITA FERREIRA DA SILVA
JOSE EDUARDO FERREIRA DA SILVA

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: X

SOLICITANTE: 0 meado

GRAU DE PARENTESCO: _____

IDENTIDADE: _____

Recife 17 de maio 2017

Sandro Ferreira da Silva
ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife
Fone: (0xx81) 31815400



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

do
Traumatologia

Nº Atendimento: 1519526

Nome: Jandara Pereira da Silva

Foi atendido às 09:30 hs. do dia 26/02/12

Diagnóstico Provável: Lesão de acidente automobilístico (sic), apresentando fratura exposta de quinto metacarpo da mão direita (C10.562.2) e fratura de rádio do antebraço direito (C10.561)

Tratamento Realizado: 1) Limpeza cirúrgica das feridas, desbridamento 2) Antibiótico profilático e analgésico 3) Curativo cirúrgico em Unidade Básica de Saúde

Observação: 1) Jandara em acompanhamento de ortopedista após 14 dias de lesão e 30 dias de seguimento durante 30 dias

Cópia de: Atividade de Traumatologia Médico: CRM Nº 01103/12

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

SANDRO FENICIDA DA SILVA

Enfermaria/Leito

SRI MACA 09

Registro

1539536

EVOLUÇÃO CLÍNICA

26-02-17 10-2045

PACIENTE ADMITIDO CU DOI FATORIA EXISTIA DO
S2 QUIDO NÁTULO EU EGA, CONSCIENTE, ORIENTADO, NOME COGN-
DO: HIR, ATIVO NO LITO, EM AUP, CUMATIVO, EM M.S.
D, DIURSE ESPONTÂNICA, SEQUE NOS CC DA EQUIPE -

Emília Ximenes
Enfermeira
COREN 434.761-PE

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017



EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA ENF: 600/1 DATA: 27/02/17

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (SIC), APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE 5º QDD E FERIMENTO EXTENSO EM MÃO ESQUERDA *(naga, nunda)*

1º DPO DE LIMPEZA CIRÚRGICA E DESBRIDAMENTO EM MÃO ESQUERDA *(naga, nunda)*

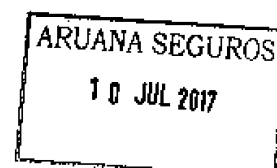
EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AO EXAME: EGR, CONSCIENTE, OPRIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

NEUROVASCULAR PRESERVADO

CD: 1- MANTER ATB

(Handwritten signature)
M. L. Mello Junior
Médico
CREMEP - RJ



EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA ENF: 600/1 DATA: 30/02/17

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (SIC), APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE 5º QDD E FERIMENTO EXTENSO EM MÃO ESQUERDA, *nao curada*

2º DPO DE LIMPEZA CIRÚRGICA E DESBRIDAMENTO EM MÃO ESQUERDA *nao curada*

EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AO EXAME: EGR, CONSCIENTE, OPRIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

NEUROVASCULAR PRESERVADO

CD: I- MANTER ATB

[Handwritten signature]
DR. SANDRO FERREIRA DA SILVA
CRM 600/1
4236

28/2/17 # TRAUMATO #

Hx: Fx exposta em mão (E) +
Ferimento extenso na mão (E)

Pós-op de fto curi 19/12
Seguro deteinf

CD: Mantida.

Daniel Levi L. Montezuma
Residência Ortopedia/Traumatologia
CRM 24.401

[Handwritten signature]

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017



EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA ENF: 600/1 DATA: 01/03/17

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (SIC), APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE 5º QD E FERIMENTO EXTENSO EM MÃO ESQUERDA, *maior menor*

3º DPO DE LIMPEZA CIRÚRGICA E DESBRIDAMENTO EM MÃO ESQUERDA, *maior menor*

EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AO EXAME: EGR, CONSCIENTE, OPRIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

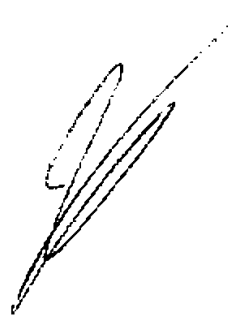
NEUROVASCULAR PRESERVADO

FO LIMPA, SECA E COM ÁREAS NECRÓTICAS

CD: 1- ALTA DA ORTOPEDIA, COM FICHA DE ESCLARECIMENTO PARA RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA APÓS 14 DIAS

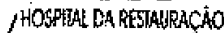
2-PRESCREVO ATB E ANALGESIA

3-CURATIVO DIÁRIO EM UBS



ARUANA SEGUROS
10 JUL 2017





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO

Paciente: SANONO KENNEDY DA S	Registro:	Data: 06-02-17	Hora:
Leito: 600 / 1	Idade:		
Alergia:	HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: () Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
Padrão Cognitivo: () Consciente () Sonolento () Torpor () Coma () Orientado () Desorientado () Confuso

2. Hidratação/Mucosas: () Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local:
Mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico

3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário

4. Sono/Repouso: () Concilia () Não Concilia

5. Sistema Respiratório: () Espontâneo () Venturi—% () Catéter O2 () TQT
() Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse:

6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Acesso Venoso: () Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: MS Funcionado em: _____
Trocar em: _____

7. Dieta: () Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____

8. SGI: Abdomen: () Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: () Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____

Eliminações Intestinais: () Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios

9. SNE: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso Local: _____

TRM: () SIM () NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical

DOR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa

10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: _____
() Equimose () Hematoma Local: _____

Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____

Curativo: () Simples () Especial _____

Perfusão Periférica: () Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose

Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml

OBS: _____

11. Cirurgia: _____ ATB terapia: _____

12.OBS:

NOME DO PACIENTE DA SA, PÓS-CIRURGIA
DE PRONTO SOFRIU DE ACIDENTE CAUSANDO
LESÃO NA CABEÇA, SE ENCONTRA EM ESTADO DE
CONSCIENTE.

Enfermeiro Diurno:

OBS:

(-)

ARUANA SEGURANÇA

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2017





/ HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO

Paciente: <u>Somália Ferreira</u>	Registro:	Data: <u>01/03/17</u>	Hora:
Leito: <u>600-1</u>	Idade:		
Alergia:	HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: (☒) Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
Padrão Cognitivo: (☒) Consciente () Sonolento () Torpor () Coma (☒) Orientado () Desorientado () Confuso
2. Hidratação/Mucosas: (☒) Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local: _____
Mucosas: (☒) Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico
3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário
4. Sono/Repouso: (☒) Concilia () Não Concilia
5. Sistema Respiratório: (☒) Espontâneo () Venturi—% () Catéter O2 () TQT
(☒) Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse:
6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Acesso Venoso: () Periférico () Central (☒) Sem acesso () JH Local: _____ Puncionado em: _____
Local em: _____
7. Dieta: (☒) Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____
8. SGI: Abdomen: (☒) Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: (☒) Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
Eliminações Intestinais: (☒) Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios
9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso
Local: _____
TRM: () SIM (☒) NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DOR: () SIM (☒) NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa
10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: _____
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
Curativo: () Simples () Especial _____
Perfusão Periférica: (☒) Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
OBS: _____
11. Cirurgia: _____ ATB terapia: _____

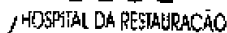
12. OBS:

<u>Alta hospitalar</u>
Enfermeiro Diurno: <u>RA</u>
OBS: _____
Enfermeiro Noturno: _____

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017





Paciente:	Sandro Ferreira	Registro:	Data:	27/02/17	Hora:
Leito:		idade:			
Alergia:	6cc-1	HAS ()	DM ()		

1. Estado Emocional: ☒ Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
Padrão Cognitivo: ☒ Consciente () Sonolento () Torpor () Coma ☒ Orientado () Desorientado () Confuso
2. Hidratação/Mucosas: ☒ Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local:
Mucosas: ☒ Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico
3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário
4. Sono/Repouso: ☒ Concilia () Não Concilia
5. Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo () Venturi---% () Catéter O2 () TQT
☒ Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Rôncos () Sibilos () Tosse:
6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Acesso Venoso: ☒ Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: _____ Puncionado em: _____
Trocar em: _____
7. Dieta: ☒ Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____
8. SGI: Abdomen: ☒ Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: ☒ Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
Eliminações Intestinais: ☒ Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios
9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso
Local: _____
TRM: () SIM () NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DOR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa
10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: _____
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
Curativo: ☒ Simples () Especial _____
Perfusão Periférica: ☒ Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
JBS: _____
11. Cirurgia: _____
ATB terapia: _____

[illegible]



PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

NOME DO PACIENTE Somnio fernando da Silva

ENFALEITO -

REGISTRO N.º -

DIA 36/02 DIA 37/02 DIA DIA DIA

MEDICAMENTO				DOSE	VIA	INTERV.	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
1)	Dietetico	croal	livra								
2)	Sf	10000	ul.	EV	sem	3	9h				
3)	Cefotiozima	1g		EV	di	6/8h					
4)	Dilpirona	1g		EV	di	6/8h					
5)	Tramadol	100mg + 100mg	di	SF	0,9/1						
	Ev	di	8/8h	(comum	um	30 minutos)					
6)	Bismopoda	100mg		EV	di	8/8h	Sc				
	Necemano										
7)	SSN	CCGG									
8)	Salafino	di	di								
9)	Cetopropilina	100mg	EV	di	12/12h						
10)	Mouth	nubio	Suprimon	apagado	di	di					

ARUANA SEGURANCA
 18 JUL 2017

[illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2017





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Sandro Ferreira da Silva

Nº do Registro :

Clinica : ortopedia

Nº do Leito :

Operator: Mr. Fagner Atha'ole

1º Assistente: Dr. Henrique Alexandre

2° Assistente : Dr. Leoni

Instrumentador: Dr. Fábio Kiyochi

Anestesista : Dr. Clístenes

Anesthesia: Blockage of plexo

Duração :

Data da Operação : 26/02/17

Início :

Término :

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura ~~exposta~~ de 15° ODE + Ferimento
extenso na mão E

Diagnóstico Pós-Operatório : *o mesmo*

Operação Proposta: Tto. imersão de Engenho exposto de 05° ODE
+ Reforço de Fundação Extrema -

Operação Realizada : *o mem*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Lavante em DDI sob Bloqueio de Fluxo
- 2) Assépsia + Antissépsis
- 3) observado ferimento extenso em mão esquerda, apresentando contaminação com areia.
- 4) Realizada limpeza extensiva com $\text{Fo}, 9^\circ$
- 5) Desbridamento dos bordos da ferida + Nova limpeza com $\text{Fo}, 9^\circ$
- 6) Sutura de aproximação dos bordos
- 7) Curativo + Tala
- 8) A. S.R.

ARUANA SEGUROS

10 Jul 2017



FICHA DE ANESTESIA

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
PERNAMBUCO

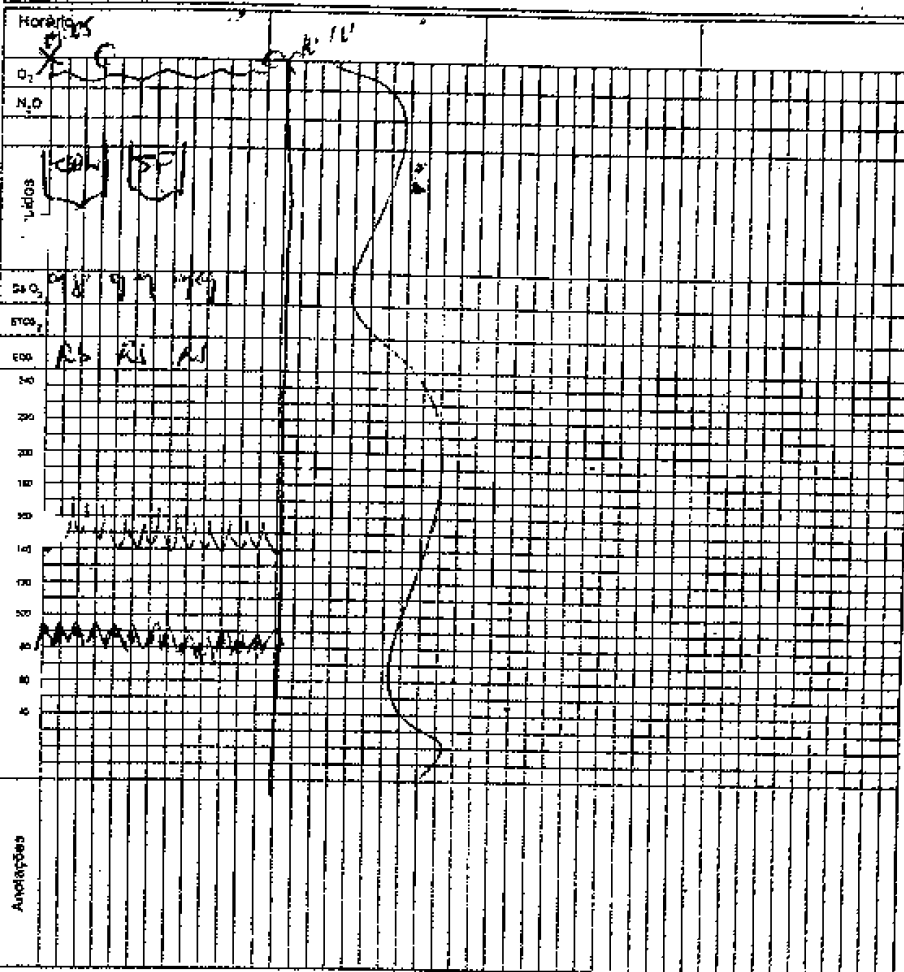
Paciente: JANIO FERNANDA DA SILVA Data: 26/02/17 Sexo: M Cor: 41A Idade: 41A Risco: TE

CRM: Nome do Anestesiologista Nome do Cirurgião: Reg: 1379526

Medicação Pré-anestésica: Urgência ☐ Não ☒ Sim

Cirurgia: TTC CIRCULADA A PARTIR DA POSIÇÃO DE SE' BARRA METERIO

(D)



Drogas Usadas	Quantidade
HAZELT	0.324
CEFAZOLINA	0.024
CEPHALIN	0.024
ROBUTICINA	0.024
CEPHALIN	0.024
CEPHALIN	0.024
CEPHALIN	0.024
CEPHALIN	0.024
CEPHALIN	0.024
CEPHALIN	0.024

Técnicas Anestésicas:
Gravidade do Paciente
Gravidade da Anestesia
Gravidade da Cirurgia
Gravidade da Anestesia

Monitorização:

- ☒ Oxímetro
- ☒ PNI
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Esf. Pré-Cardial
- ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volémia IAP Plus

Encaminhado:

- ☒ Acordado
- ☐ Sono
- ☐ Intubado
- ☒ SRPA
- ☐ Apert. / Ent.
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Interconexão: ☒ Não ☐ Sim

Descrição:

Observações:

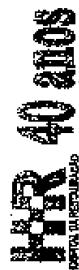
ARUANA SEGUROS
1-8 JUL 2017

Assinatura do Anestesiologista: [Signature]

Produção na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0081





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
PACIENTE Condado Brasileiro da Silva
REGISTRO RELACÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELACÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

REGISTRO

CIRURGIA Proctologia de 26/07/17 data 26/07/17 CIRCULANTE Matheus Pontes

QUANT	MATERIAL	QUANT	MATERIAL	QUANT	MEDICACÃO	QUANT	MEDICACÃO
1	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
1	Agulha 40x12		Fio de seda		Agua destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaina
	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmine
1	Atad. Crepe		Fita cardiaca		Antibiótico <u>Kefazol</u>		Pancuronio
	Atad. Gessada		Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo		Lâmina bisturi nº (5) (23)		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocuronio (esmeron)
	Cat. venopunção nº		Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
	Cat. de oxigênio		Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron		Soro fisiológico 500ml
	Cera óssea		Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()		Seringa insulina () 50c (X)		Diazepam		Soro glicosado
	Compressa cirúrgica		Seringa 10cc (X) 20cc (X)		Dipirona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias		Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelich)
	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid <u>medicamento</u>		Traciun
	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
	Fio cromado		Sonda uretral nº ()		Fenitoina (hidantal)		Xilocaína C/A
	Fio cromado		Tomela de 3 vias		Fentanil		Xilocaína S/A
	Fio de aço		Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocaína 2ml
	Fio de aço		<u>medicamento</u>		Gelafundin		Xilocaína geléia
	Fio de algodão c/a		<u>medicamento</u>		Glicose 10ml		
	Fio de algodão c/a		<u>medicamento</u>		Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a		<u>medicamento</u>		Heparina		
	Fio de algodão s/a		<u>medicamento</u>		hidrocortisona		
	Fio de nylon 2-0		<u>medicamento</u>		Hypnomidate		
	Fio de nylon 4-0		<u>medicamento</u>		Isoflurano		
	Fio protene c/a				Lanexat (flumaznil)		
	Fio protene c/a				Manitol		
	Fio protene s/a				Meperidina (Dolantina)		

Cod. 0198

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2017



REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: André Ferreira da Silva REGISTRO: 774226/1572576
IDADE: 44 SEXO: M ☒ F ☐ SETOR DE PROCEDENCIA: Pré-op

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: _____ ANESTESISTA: Dr. Cristóvão
1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
ENFERMEIRA: Juliana CIRCULANTE: Marcelo Pontes

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Torção de fêmur exp. b. fêmur INÍCIO: 03:30 TÉRMINO: 40:05
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio de fêmur INÍCIO: 04:05 TÉRMINO: _____

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR ☒ GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA ☒ ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA _____ PULSO _____ PA _____
PELE: ÍNTEGRA () LESIONADA ☒ DIURESE: ESPONTÂNEA ☒ SONDÁ () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: _____ PERTENCES: _____
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ☒

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL ☒ VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: _____
CONTAGEM DE COMPRESSAS INÍCIO: _____ FINAL: _____ CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INÍCIO: _____ FIM: _____
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO ☒ QUAL: Kefazol HORA: _____ PREENCHEU COTA: SIM () NÃO ☒
GARROTEAMENTO: SIM () NÃO ☒ TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: _____ FINAL: _____
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: _____ CONFERIDO POR: _____ HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR () OXÍMETRO () CAPNÓGRAFO ☒ PNI () ASPIRADOR MONTADO ☒ MANTA TÉRMICA () AP.VÍDEO () TORPEDO DE NITROGÊNIO () TORPEDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO ☒ MICROSCÓPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
INTRUMENTAIS CONSIGNADOS SIM () NÃO ☒

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO ☒ NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: _____
SOLUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____
CULTURA: SIM () NÃO ☒ EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO ☒ GASOMETRIA: SIM () NÃO ☒ RX: SIM () NÃO ☒

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2017





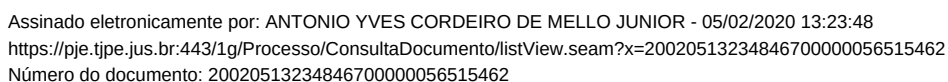
B-OPME

UTILIZADO: SIM () NÃO (X) — PREENCHIMENTO DE COMANDA: SIM () NÃO (X)

9-ENCAMINHAMENTO

ANOTAÇÕES GERAIS

ASSINATURA/CARIMBO TÊC. ENFERMAGEM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BIRIL




Sandro Ferreira da Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 5.327.552
NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA
FILIO: JOSE EDUARDO FERREIRA DA SILVA
CARMELITA FERREIRA DA SILVA

VITÓRIA DE S. ANTÃO-PE 19.08.1975
C.N. 17960-F.220-1-A.14-Cert.
de Vitória de S. Antão-PE

LEI Nº 7.110 DE 2009

CPF - CADASTRO DE PESSOA FÍSICAS

SANDRO FERREIRA DA SILVA

CPF: 054689186-04

18/08/75

05/02/2017 - 10h 00min

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017

Assinado eletronicamente por: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Documentos de identificação



TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: SANDRO FERREIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 19/08/1975

Nº REGISTRO: 0431 1766 0825

ZONA: 018

SEÇÃO: 0181

MUNICÍPIO / UF: VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE

DATA DE EMISSÃO: 12/02/2016

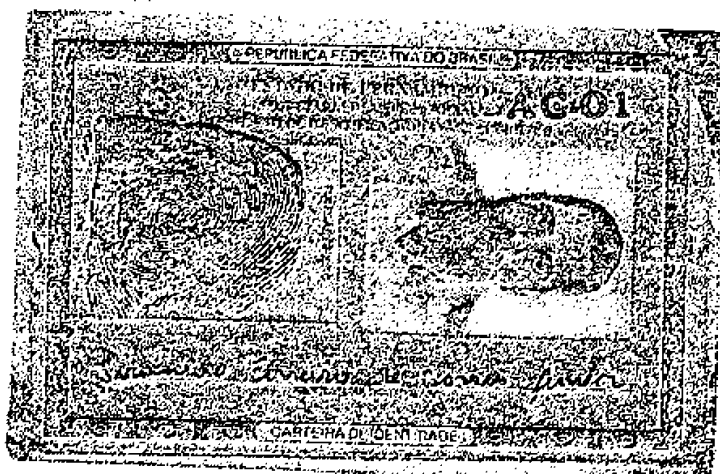
Sandro Ferreira da Silva

ARUANA SEGUROS

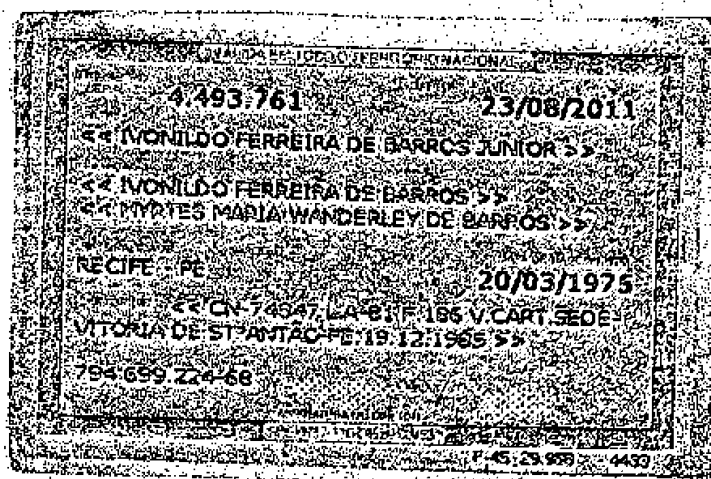
05 MAI 2017

Sandro Ferreira da Silva





Documentos de identificação



ARUANA SEGUROS
05 MAI 2017



05 MAI 2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170248476

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 26/02/2017

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E
PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE
POSSÍVEIS SEQUELAS

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170248476

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 26/02/2017

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 5º DEDO DE MÃO DIREITA E LESÃO EXTENSA EM DORSO DE MÃO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRÚRGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MÃO DIREITA. PRENSÃO DA MÃO REDUZIDA COM EDEMA DORSAL E DEDOS

Sequelas permanentes: HOUE AGRAVAMENTO DA LESÃO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/08/2017

Conduta mantida: Não

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$ 1.012,50 REFERENTE A 75% DA LESÃO DO 5º QUIRODACTILO DIREITO.

VÍTIMA APRESENTA ALTERAÇÕES COMPATÍVEIS COM SÍNDROME SIMPÁTICO REFLEXA EM MÃO DIREITA, COMPATÍVEL COM ACIDENTE. AO MEU VER, TRATA-SE DE SEQUELA MÉDIA DE MÃO DIREITA
NOTA DO REVISOR: MANTIDA CONDUTA DO EXAMINADOR

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 39,3 %	27,51%	R\$ 3.713,85
Total			27,51 %	R\$ 3.713,85

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170248476

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 26/02/2017

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E
PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO INTENSA DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

Resultados terapêuticos: DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRURGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZACAO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MAO DIREITA. PREENSAO DA MAO PRESERVADA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/06/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: MARCUS BARRETO CONDE

CRM do médico: 52.38123-0

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	SANDRO FERREIRA DA SILVA		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	CASADO
Profissão:	AGRICULTOR		
Identidade:	5627552	CPF:	03489318404
Endereço:	SI ESPIRITO SANTO N: 1		

OUTORGADO:

Nome:	IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	SOLTEIRO
Profissão:			
Identidade:	4492761	CPF:	79469922468
Endereço:	PE PE FELIX BARRETO N: 13		

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

VITORIA PE 28-03-17

LOCAL E DATA:

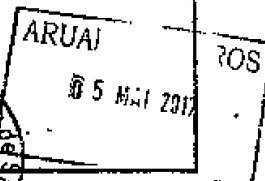
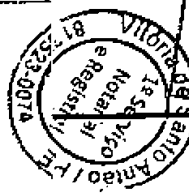
Sandro Ferreira da Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Serviço Notarial e Registral José Borba
 R. Melo Vazquez, 160 - Centro - CEP: 55015-020
 Vitória da Conquista - BA - Tel: (71) 3533-0074
 contato@joseborba.com

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
SANDRO FERREIRA DA SILVA
 que confere o padrão registral nesta assinatura. Dou fé.
 Vitória da Conquista, 28 de março de 2017.

Em test:
 José Aníbal de Sousa Borba, (Escritor)
 Emol.: R\$ 3,31 TGR: R\$ 1,50 - Total: R\$ 4,81
 Belo 0073577.VBE03201702.03188
 Consulte autenticidade em www.tjpe.us.br/portaljudicial.

() JACIANA BORBA DE L. SILVA - Oficial em exercício () DIEGO BORBA DE L. SILVA - Substituto
 () JOSÉ ANÍBAL DE S. BORBA () JOSÉ EVERALDO M. DE ARRUDA - Escrivães



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170248476

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 26/02/2017

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 5º DEDO DE MÃO DIREITA E LESÃO EXTENSA EM DORSO DE MÃO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRÚRGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MÃO DIREITA. PRENSÃO DA MÃO REDUZIDA COM EDEMA DORSAL E DEDOS

Sequelas permanentes: HOUE AGRAVAMENTO DA LESÃO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/08/2017

Conduta mantida: Não

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$ 1.012,50 REFERENTE A 75% DA LESÃO DO 5º QUIRODACTILO DIREITO.

VÍTIMA APRESENTA ALTERAÇÕES COMPATÍVEIS COM SÍNDROME SIMPÁTICO REFLEXA EM MÃO DIREITA, COMPATÍVEL COM ACIDENTE. AO MEU VER, TRATA-SE DE SEQUELA MÉDIA DE MÃO DIREITA
NOTA DO REVISOR: MANTIDA CONDUTA DO EXAMINADOR

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 39,3 %	27,51%	R\$ 3.713,85
Total			27,51 %	R\$ 3.713,85

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170248476

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 26/02/2017

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E
PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO INTENSA DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

Resultados terapêuticos: DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRURGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZACAO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MAO DIREITA. PREENSAO DA MAO PRESERVADA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/06/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: MARCUS BARRETO CONDE

CRM do médico: 52.38123-0

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10983859

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170248476 ASL-0173299/17

Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Data Acidente: 26/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01387/01388 - carta_01

00020694



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10985635

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170248476 ASL-0173299/17

Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Data Acidente: 26/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00583/00584 - carta_03

00070292



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta nº: 11148801

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170248476 ASL-0173299/17
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0119101192 - carta_02

00070596



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11263045

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170248476 ASL-0173299/17
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000000626

Conta: 000000060681-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.012,50

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
--	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00399/00400 - carta_15R

00020200



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11335480

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170248476 ASL-0173299/17
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00929/00930 - carta_02

00070465



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº 11455089

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170248476 ASL-0173299/17
Vitima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01855/01856 - carta_25

00030928



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11585612

A/C: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170248476 ASL-0173299/17
Vítima: SANDRO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: SANDRO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 3.713,85

Banco: 104

Agência: 000003536

Conta: 0000013303-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.713,85

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 39.3%

% Invalidez Permanente DPVAT: (39.3% de 70%) 27,51%

Valor a indenizar: 27,51% x 13.500,00 =	R\$	3.713,85
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01399/01400 - carta_15R

00020700



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170248476 - 1
Nome do(a) Examinado(a): SANDRO FERREIRA DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO ESPIRITO SANTO nº 01 - ESPIRITO SANTO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 5627552 - SSP
Data local do exame: 21/06/2017 RECIFE/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

DESDRIDAMENTO E LIMPEZA CIRURGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZACAO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MAO DIREITA. PRENSAO DA MAO PRESERVADA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO INTENSA DO 5 DEDO DA MAO DIREITA

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

5 DEDO DA MAO DIREITA

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 21/06/2017

Médico Perito: MARCUS BARRETO CONDE CRM:52.38123-0/RJ

Marcus B. Conde
Médico
CRM 52.38123-0

Assinatura do perito Examinador - CRM



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170248476 - 2
Nome do(a) Examinado(a): SANDRO FERREIRA DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO ESPIRITO SANTO nº 01 - ESPIRITO SANTO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 5627552 - SSP
Data local do exame: 02/08/2017 RECIFE/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 5º DEDO DE MÃO DIREITA E LESÃO EXTENSA EM DORSO DE MÃO DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRÚRGICA, SEGUIDA DE IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM ANQUILOSE DO 5 DEDO DA MÃO DIREITA. PREENSÃO DA MÃO REDUZIDA COM EDEMA DORSAL E DEDOS

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE MÃO DIREITA

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MÃO DIREITA

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

VÍTIMA APRESENTA ALTERAÇÕES COMPATÍVEIS COM SÍNDROME SIMPÁTICO REFLEXA EM MÃO DIREITA, COMPATÍVEL COM ACIDENTE. AO MEU VER, TRATA-SE DE SEQUELA MÉDIA DE MÃO DIREITA
NOTA DO REVISOR: MANTIDA CONDUTA DO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 02/08/2017

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

Fabio S. Fernandes
Médico Perito
CRM: 52.63021-7

[Assinatura manuscrita]



Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/02/2020 13:23:48
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020513234846700000056515462>
Número do documento: 20020513234846700000056515462



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SANDRO FERREIRA DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 5627552 EXPEDIDO POR SSPIPE EM 11/02/1998
 CPF 034893184-09 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECUSO
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SANDRO FERREIRA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

Autorização de pagamento



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0006 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00060981-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017

Vitória, 25 de ABRIL de 2017

LOCAL E DATA

Sandro Ferreira da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



TERMO DE OBRIGAÇÃO DE ASSINAR

DATA: 05/02/2020

ASSINADO POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DECLARO QUE ASSINO ESTE TERMO DE OBRIGAÇÃO DE ASSINAR EM CONFORMIDADE COM O QUE FUI ORIENTADO POR Vossa Exa. e que estou ciente de que a assinatura eletrônica tem a mesma validade jurídica que a assinatura manuscrita.

DECLARO QUE ASSINO ESTE TERMO DE OBRIGAÇÃO DE ASSINAR EM CONFORMIDADE COM O QUE FUI ORIENTADO POR Vossa Exa. e que estou ciente de que a assinatura eletrônica tem a mesma validade jurídica que a assinatura manuscrita.

DECLARO QUE ASSINO ESTE TERMO DE OBRIGAÇÃO DE ASSINAR EM CONFORMIDADE COM O QUE FUI ORIENTADO POR Vossa Exa. e que estou ciente de que a assinatura eletrônica tem a mesma validade jurídica que a assinatura manuscrita.

DECLARO QUE ASSINO ESTE TERMO DE OBRIGAÇÃO DE ASSINAR EM CONFORMIDADE COM O QUE FUI ORIENTADO POR Vossa Exa. e que estou ciente de que a assinatura eletrônica tem a mesma validade jurídica que a assinatura manuscrita.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUÍ

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

28/03/2017 HORA: 13:03:42
DATA EFETIVAÇÃO: 28/03
CONVENIO: 000618020
OPERADOR: valeria

AGENCIA 0626

CONTA 013 00060681-8

NOME: SANDRO FERREIRA DA SILVA

VALOR 5,00

COD OPERAÇÃO 449946186

DISQUE CAIXA - 0800 726

0101 OUVIDO

RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

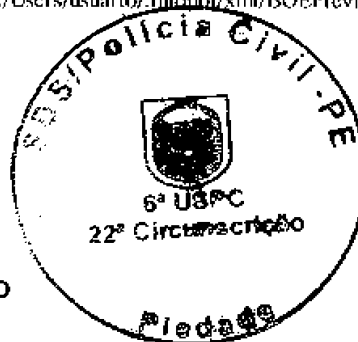
caixa.gov.br

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0112001304**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/04/2017** às **17:13**Complementa o BO Número: **17E0112001203**

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **26/2/2017**
às **04:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICÍPIO), 1 -**
Bairro: **CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / BR 101, PROXIMO A VITARELA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR\ AGENTE)
SAMUEL JOAQUIM DOS SANTOS (OUTRO)
SANDRO FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): SANDRO FERREIRA DA SILVA

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

SANDRO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CARMELITA FERREIRA DA SILVA Pai: **JOSE EDUARDO PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **19/8/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5627552/SSP/PE (RG), 03489318404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Telefones Celulares:
- **81983187379**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTAO, 1, SÍTIO ESPÍRITO SANTO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITÓRIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

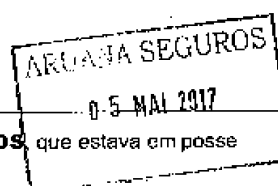
SAMUEL JOAQUIM DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

INEXISTENTE - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SAMUEL JOAQUIM DOS SANTOS** que estava em posse



27/04/2017 17:11



do(s) Sr(a): **SANDRO FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BEGE** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KUC7959** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **CAMINHONETE D20**

Complemento / Observação

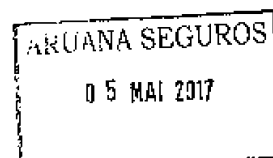
COMPARECEU NESTA DELEGACIA SANDRO FERREIRA DA SILVA NOTICIAR QUE NA MANHÃ DO DIA 26/02, POR VOLTA DAS 04:30HS, TRAFEGAVA COM O VEICULO ACIMA DESCRITO NA BR 101, E AO CHEGAR NO MUNICIPIO DO CABO DE SANTO AUGUSTINHO, PROXIMO A VITARELA, PERDEU O CONTROLE DO VEICULO VINDO A CAPOTAR E BATER, DIZ A VITIMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE RECEBEU ATENDIMENTO E NO DIA DE HOJE DIANTE DO FATO DESCRITO SE DIRIGIU A VITIMA A ESTA DELEGACIA.

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

Sandro Ferreira da Silva
SANDRO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

8.O. registrado por: **VICTOR RODRIGUES CARDOSO DE MACÊDO** - Matrícula: **272988-1**

Victor Rodrigues Cardoso de Macêdo



27/04/2017 17:11



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SANDRO FERREIRA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 5627 552 e inscrito no CPF/MF sob o nº 034 893 184 04, residente e domiciliado na SÍTIO ESPÍRITO SANTO N: 01, Cidade VITÓRIA Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

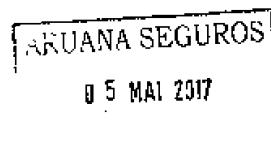
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sandro Ferreira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

VITÓRIA 25/4/17

Local e data



Comprovação de ato declaratório



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

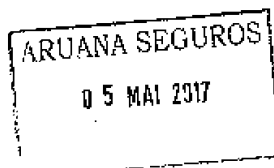
DA Nº: 1817.000
EM: 03.03.17

Atendendo ao requerimento do Sr. **SANDRO FERREIRA DA SILVA**, RG: **5627552 - SSP/PE**, CPF: **034.893.184-04**, consta em nossos arquivos a ocorrência de Nº **S-300246** do dia 26 de Fevereiro de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/JABOATÃO por volta das 07h 00min vítima de Capotamento. O acidente aconteceu na BR 101, S/N - próx. a Vitarella - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para o Hospital da Restauração.

Jaboatão dos Guararapes, 23 de Março de 2017


Valéria Vieira de Melo
Coordenação Geral SAMU 192
Jaboatão dos Guararapes

Valéria V. Melo
Coord. Enfermagem SAMU
Sec. Saúde - PMJG
Matr. 12645-0
COREN: 84536



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.713,85

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000013303-0

Nr. da Autenticação EB6985505728758C



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00626

CONTA: 000000060681-8

Nr. da Autenticação 0F55C15F3DA4F7D2



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SANDRO FERREIRA DA SILVA

RG nº 5.627.552, data de expedição 11/02/1998 Órgão SSP

CPF nº 034.893.184-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO ESPIRITO SANTO
Número	01
Apto / Complemento	SITIO
Bairro	ESPIRITO SANTO
Cidade	VITORIA DE SANTO ANTAO
Estado	PERNAMBUCO
CEP	55600.000
Telefone de Contato	(81) 988726145 (81) 999016431
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VITORIA 25/4/17

Assinatura do Declarante: Sandro Ferreira da Silva

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2017



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SANDRO FERREIRA DA SILVA
CPF: 034.884.184-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI ESPÍRITO SANTO 1

ESPÍRITO SANTO VITÓRIA DE SANTO ANTAO RURAL
55600-000 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

25/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

78,67

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/04/2017

DATA DE APRESENTAÇÃO

17/04/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

001961925

CONTA CONTRATO

004010409140

Nº DO CLIENTE

2002295637

Nº DA INSTALAÇÃO

0004058732

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

8A72.7CAA.8220.A965.3993.6711.176A.C9A8

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	178,00	0,38928804	69,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,20
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,01
ICMS Subvenção-CDE-NF 002040241-17/01/17			0,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 002057198-15/02/17			0,52
Multa por atraso-NF 002057198 - 15/02/17			1,43
Juros por atraso-NF 002057198 - 15/02/17			0,52
TOTAL DA FATURA			78,67

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
75,50	25,00	18,87	75,50	0,42	0,31
					1,03
					1,45

Compartilhamento e não pagamento das contas de energia elétrica(s)

Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
24/03/17	17/04/17	78,67	24/03/15	17/04/15	119,02
25/03/15	17/04/15	121,18	24/11/15	17/12/15	96,20

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Esta comunicação não substitui o envio de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim de processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,38928804

HISTÓRICO DO CONSUMO

ABR	17	178,00
MAR	17	182,00
FEV	17	168,00
JAN	17	169,00
DEZ	16	161,00
NOV	16	138,00
OUT	16	141,00
SET	16	119,00
AGO	16	108,00
JUL	16	122,00
JUN	16	132,00
MAI	16	156,00
ABR	16	154,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Gerção de Energia	25,14
Transmissão	1,07
Distribuição (CELPE)	10,77
Energias Geradas	7,64
Trânsito	20,03
TOTAL	75,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000000002427	CAT	17032017 11.852,00	17042017 12.030,00	31	1,90000	0,00	178,00

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/05/2017]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APLICADO	MÉDIA IMPULSIV.	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
-----------	---------	----------------	-----------------	-------------	-------------

17/04/17

Duração de horas sem Energia VITÓRIA DE SANTO ANTAO R 2,07 11,39 23,19 48,38

Frequência de vezes sem Energia 2,07 7,74 15,49 30,98

Duração máxima de interrupção contínua 1,09 6,39 0,00 0,00

Duração máxima de interrupção contínua Limite DURE 15,00

Duração máxima de interrupção em dia crítico

EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 28,23

Toda Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DURE, FIC, DURE e DURE em qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De 1 a 30/04, tarifa de consumo reduzida em R\$0,05752/kWh (a incidir tributos e descontos) para reverter a previsão do Encargo de Energia de Reserva da Usina Angre III (REH2214/17). Efeito conforme ciclo de leitura. Mais informações: www.aneel.gov.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 33.459/12.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagamento em atraso geral: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-06/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-20/04/02), no próximo mês.
Desconto incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 28,68.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RUANA SEGI

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004010409140	04/2017	78,67	25/04/2017	MAR 2017

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitura ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

83840000006 786700110048 010409140101 872456042137

