



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 14ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA, RECIFE
- PE - CEP: 50080-800 - F:()

Processo nº **0001666-04.2020.8.17.2001**

AUTOR: HERIKA GUILHERME DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, ARUANA SEGUROS S.A.

SENTENÇA

Vistos, etc.,

HERIKA GUILHERME DA SILVA, devidamente qualificado nos autos, através de advogados legalmente constituídos, com fundamento na Lei nº 6.194/74, com suas alterações posteriores, propôs ação de cobrança securitária em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e ARUANA SEGUROS S/A., igualmente qualificadas na mesma peça processual.

De início, requereu os benefícios da assistência judiciária gratuita.

Alegou, em resumo, que, no dia 10 de setembro de 2019, foi vítima de acidente de trânsito, resultando lesão e debilidade permanente, tudo atestado em boletim de ocorrência e perícia traumatológica.

Assim, deu entrada para o recebimento administrativo da cobertura securitária do DPVAT, tendo recebido o valor de R\$ 1.687,50, que seria inferior ao previsto em lei que regula o seguro obrigatório. Sustenta que o valor da indenização deveria ser feito pelo teto previsto na lei que regula o seguro obrigatório, sendo, pois, devida uma diferença na ordem de R\$ 7.762,50, posto que o



teto, ao caso, seria de R\$ 9.450,00, segundo disposição expressa de lei. Em reforço, citou jurisprudência sobre a matéria e, ao final, requereu a procedência do pedido para haver a diferença acima, condenando-se a vencida nos consectários da sucumbência. Juntou documentos.

Citada, a parte Suplicada, devidamente representada, apresentou contestação, sustentando, no mérito, a necessidade de graduação da lesão e o efetivo adimplemento administrativamente, razão pela qual pede, ao fim, o julgamento de total improcedência do pedido.

Audiência de que trata o art. 334 do CPC/2015 no ID nº. 58771005.

Laudo de Verificação e quantificação de lesões permanentes no ID nº. 58771453.

Eis o relatório. Decido.

Cuida-se de hipótese que dispensa dilação probatória, uma vez que os elementos presentes, inclusive a prova documental, já são suficientes para emitir a sentença antecipadamente, conforme autoriza o art. 355, inciso I, do CPC/2015, consolidado pelas seguintes orientações da jurisprudência:

“Não há falar em cerceamento de defesa, quando o julgador, entendendo estarem os autos suficientemente instruídos, reputa desnecessária a produção de provas e julga antecipadamente a lide.” (STJ – AgRg no Ag 969.494/DF – 3ª Turma – Rel. Massami Uyeda – Julg. 03/02/2009).

“Inexiste ilegalidade tampouco cerceamento de defesa na hipótese em que o juiz, verificando suficientemente instruído o processo, considera desnecessária a produção de mais provas e julga o mérito da demanda na forma antecipada.” (STJ – AgRg na MC 14.838/SP – 3ª Turma – Rel. Min. Nancy Andrighi – Julg. 18/11/2008).

Trata-se de ação de cobrança securitária oriunda do DPVAT promovida por HERIKA GUILHERME DA SILVA em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e ARUANA SEGUROS S/A., em razão do acidente ocorrido no dia 10 de setembro de 2019 e que resultou, segundo a inicial, deformidade permanente da promovente, fato identificado em boletim de ocorrência e relatório médico. Busca com a pretensão o pagamento da indenização devida previsto na legislação de que trata o seguro obrigatório.



Inexistindo preliminares, passo à análise do mérito.

A Lei 11.482/2007 modificou o critério para pagamento do seguro DPVAT, fixando valores absolutos definidos no art. 3º, I, II e III. Para o caso de invalidez permanente a nova redação limitou da indenização em até R\$ 13.500,00, retirando, assim, o parâmetro anterior de salários mínimos.

Mais adiante, sobreveio a Lei nº 11.945, de 4 de junho de 2009, que mantendo os mesmos valores, trouxe como grande inovação a inclusão de tabela que prefixa os danos por lesões corporais.

No caso presente, a Suplicante foi vítima de acidente de veículo, sendo documentada a sede e extensão das lesões pelos relatórios médicos que acompanham a inicial.

Nos documentos médicos, tem-se que a Suplicante ficou com debilidade permanente no membro inferior esquerdo apenas. A sequela é permanente, mas parcial.

Ora, seguindo a tabela que agora integra a Lei nº 6.194/74, teve a Suplicada 50% do percentual de perda em relação ao membro inferior esquerdo atingida em razão do acidente. Os documentos dão a certeza das lesões e comprometimento definitivo à integridade física da vítima.

Aplicável a regra prevista no art. 3º, §1º, I e II, *in verbis*:

“Art. 3º. omissis.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e



II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá 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, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. (Grifei).

Ora, pela sede das lesões, repita-se, houve apenas limitação funcional parcial do membro inferior esquerdo, e, neste caso, aplica-se o redutor no percentual de 70% do valor do máximo previsto para cobertura integral de R\$ 13.500,00. Considerando-se a repercussão em grau residual, nova redução para 50% do valor, totalizando a importância de R\$ 4.725,00.

Logo, pagamento administrativo de R\$ 1.687,50, devida a condenação das rés ao complemento de R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

Ante todo o exposto, portanto, julgo parcialmente procedente o pedido autoral para condenar a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e ARUANA SEGUROS S/A. a pagar, solidariamente, à Suplicante HERIKA GUILHERME DA SILVA a indenização decorrente do seguro obrigatório no valor R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos), que deverá ser corrigido monetariamente desde a data do evento danoso pela tabela não expurgada do ENCOGE, e juros moratórios legais de 1% ao mês a partir da citação. A Suplicada responde, ainda, pelas custas processuais calculadas sobre o valor da condenação e honorários advocatícios da parte adversa arbitrados em 10% (dez por cento) sobre o mesmo parâmetro.

Em tempo, por encontrar-se a disposição das partes, expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais, já depositado e comprovado nos autos.

Transitado em julgado e nada tendo sido requerido, arquivem-se os autos, devendo a secretaria proceder com eventual desarquivamento futuro somente se existente petição fundamentada capaz de justificar dito procedimento.

Havendo a interposição de recurso, intime-se a parte contrária para contrarrazões, no prazo legal, remetendo-se, em seguida, os autos conclusos para o E.TJPE para processamento e julgamento.

P.R.I.C.



Recife, 05 de março de 2020.

Clara Maria de Lima Callado

Juíza de Direito

7



IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PERICIAL





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00016660420208172001

ARUANA SEGUROS S/A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **HERIKA GUILHERME DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

DA GRADAÇÃO EM SEGMENTO DIVERSO AO LESIONADO

Cumpre informar que a parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada pericia a qual apurou lesão no joelho esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA Data do acidente: 10/09/2019 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.
 Sequelas: Com sequela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.
 Documentos complementares:
 Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro inferior esquerdo com repercussão média (50%).

Importante esclarecer que, conforme demonstra a própria avaliação médica realizada em esfera administrativa, **A LESÃO ADQUIRIDA NO MOMENTO DO ACIDENTE OCASIONOU SEQUELAS NO JOELHO ESQUERDO DA PARTE AUTORA:**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA Data do acidente: 10/09/2019 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O JOELHO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: JOELHO ESQUERDO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de março de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554715200000058020097>
Número do documento: 20031011554715200000058020097



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.asp?tipo=1&codigo=29536>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Chomenei A de Pequeno inscrito (a) no CPF 056.159.494 / 37 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luísa Guilherme da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.063.644 / 92 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Luísa Guilherme da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.063.644 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Engenho Água Reda</u>		<u>168</u>	<u>Casa - A</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Imperatriz</u>	<u>MA</u>	<u>PE</u>	<u>51150-030</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>Chomenei.23@gmail.com</u>	<u>81-992442330</u>		<u>81-99988-5004</u>

MA 12 de Dezembro de 2017
Local e Data

Chomenei A de Pequeno
Assinatura do Declarante

L 0001/2017



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1692891	ATENDIMENTO: 01460939
DATA DE NASCIMENTO: 26/04/1979	FOI ATENDIDO EM: 10/09/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 19/09/2019 ÀS 09:43	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Observação:

CURATIVO DIÁRIO

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA COM 2 SEMANAS

Dr. Jenner Fellipe
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 21772

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº.7472

Recife, 19, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a 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.



SENHA DA REGULAÇÃO:

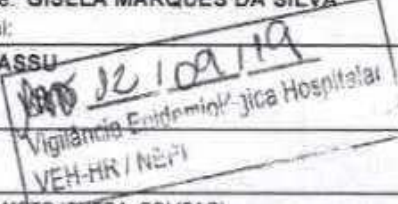


Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: 1692891	Data e Hora de Atendimento: 10/09/2019 21:33	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual :		
Nº. ATEND.: 1480466	Paciente: HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC	Nm. Social:
Data de nascimento: 26/04/1979	Idade: 40a 4m 15d	Sexo: FEMININO
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: JESSICA
DOC ID / Data expedição	Mãe: GISELA MARQUES DA SILVA	Cartão SUS:
Endereço: TRAVESSA PARAGUASSU	Pal:	Numero 100
Bairro: ZUMBI		Complemento:
Cidade: RECIFE		UF: PE Telefone: 983626417
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		
Procedência: VIA PUBLICA		
Formações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros ☐		
Observação:		Assistente Social
História Clínica:		
Urtimo de Colisão moto x Carro de controle tráfego feito SAMU em Uro de primeiro socorro e Colar Cervical Realizado no de Capote. Apresenta FCC em Perno (E) CI perdo de tendo e contusão Glaucione 15		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?		
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:
AR: Espanto. Premiado e Surtos FC: 98bpm; ACV: FCC 2/2 1/1 Surtos; Abd: Flexão e Insulção		
B: Respiratório		
CD: Suel TC Bismo (Cervical)		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm
RX Perno (E) / Tórax e		

TOMOGRAFIA

Data:

Mot:

Tou:

Ao. KER / Trueto

x 2000. CG

Dr. Marcio Freire



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐				Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora			
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:		

E: Exposição/Abdômen:

NOR quadro de moto
sem perda de conc
GCS, motor e foto
sem deficit motor

Diagnóstico Inicial:

aguardando TC crânio e col cervical

Cod. Procedimento

Conduta:

Cristina B. Heinrich
Neurocirurgia Funcional
CREMEPE 30839

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Transferido para:

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 cirúrgicos 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: 10-Set-19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HR RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: *Henrique Oliveira* Registro: *Henrique Oliveira*

Clinica: *DA SILVA* Box/Leito/Enfermaria:

CID= *S821*
a tsq, 49 dias
pós op. Suam
corça com cicatriz
a ocluir 60
dias, suar a corça
para mmli + Freno
de moeda

Data: *05/11/19* Ass. Cabeço Médico/CREMEPE

Dr. Henrique Costa Santos
Otorrinolaringologista
CRM-20504

COD. 0340





Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-8966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**
(RQ-06)

Nº 060486

1ª Via Fixa

Hospital: HR Convênio: RB-1692871 Cidade: RECIFE-PE
Nome do Paciente: HELIKA GUILHERME DA SILVA Data da Cirurgia: 16/09/19
Médico: D. THAYSSA Membro Operado: MIC

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
01 BASTÃO CAVILAR 6,5 (nº 70)	—	01 UNID	

FATURADO

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 10/09/2019 21:25

Nome Paciente:	HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	26/04/1979
Sexo:	Feminino
Idade:	40
Senha:	U0038
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 10/09/2019 21:27 - 10/09/2019 21:28

LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO HA 01 HORA, PACIENTE ERA PASSAGEIRA DA MOTO, ECG 15, FRATURA EXPOSTA EM MID

Medicamento(s): NAO

Observação: SAMU RECIFE

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

11/9/19 # NCR#

Paciente vítima de acidente de trânsito
sem perda de consciência, sem vômitos e dor cefálica
urgente queixas no momento

ECG 15, fratura, R+M ⊕

to cômico:

coluna cervical em posição neutra

cd: Vite de NCR
a traumatologia

Assinatura
Data: 10/09/2019

Acolhido(a) por: LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/09/2019 21:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: *Herika Guellherma da Silva*

Nº do Registro: *1480466*

Clinica: *Proctologia*

Nº do Leito:

Operador: *Dr. Jorbar*

1º Assistente: *Dr. Thiago Augusto*

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: *Dr. Rafaela*

Anestesia: *Raqueanestesia*

Duração:

Data da Operação:

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Fim. de tubo proximal e
em reclusão + les. extensa em*

Diagnóstico Pós-Operatório: *perna e joelho e*

Operação Proposta: *Debridamento + limpeza + Exatere
de corpo estranho*

Operação Realizada: *Iguais*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) Paciente em DDH sob anestesia
- (2) Rotina pré-operatória
- (3) Obstrução fecal extensa com pequenos
expansões e áreas opacas de necr. + perist. residual
importante + presença de mudo (corpo estranho)
- (4) Exatere de corpo estranho + limpeza of
stomax
- (5) Debridamento extenso de ferimentos (teoratos
em vias e contaminados)
- (6) Limpeza of stomax exatere
- (7) Sutura por planos, dga, limpeza
- (8) Sutura por planos
- (9) Curativos

Dr. Thiago Augusto
Proctologia
CRM: 22.219

COD. 0342



FICHA DE ANESTESIA

Data

10/09/19

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

TERUKA GUILHERME DA SILVA

Sexo

F

Cor

Idade

40

Risco

IE

SRM

2003

Nome do Anestesiista

KARLA LIMA

Nome do Cirurgião

THIAGO + JARRA

Medicação Pré-anestésica

eg 1652891

Urgência

☐ Não

☒ Sim

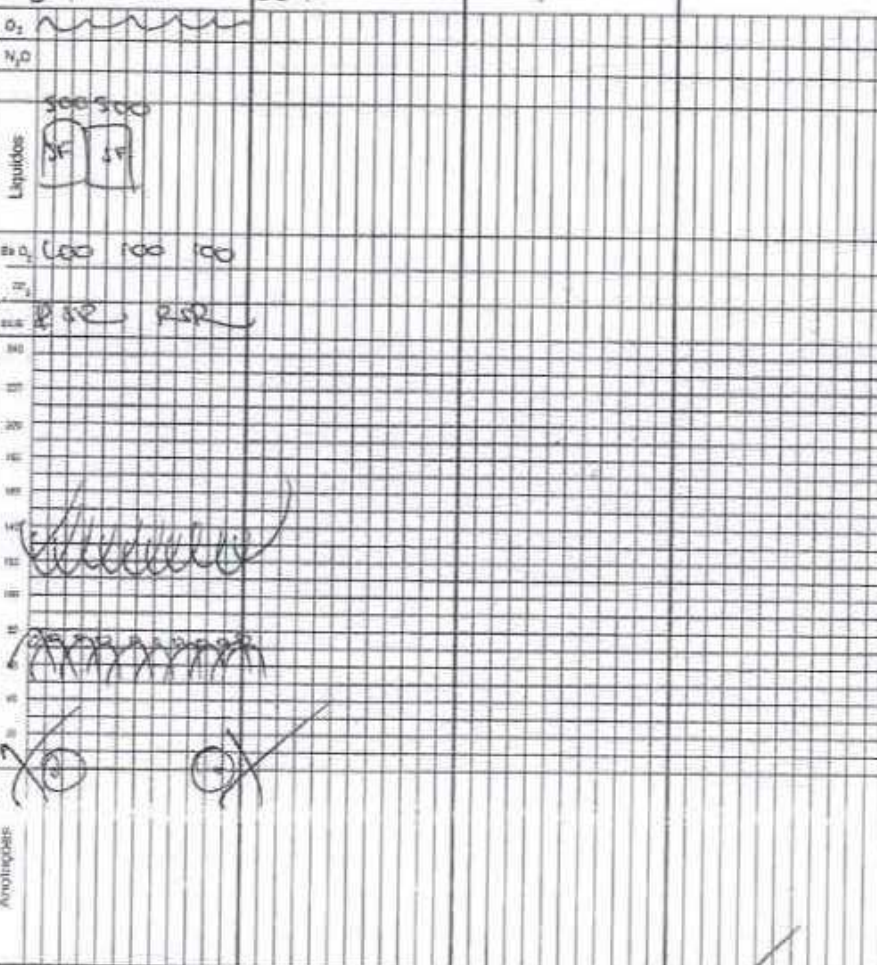
Cirurgia

Sutura de fechamento externo + fixação de fratura exposta de tíbia E

Horário

23h40

00h40



Drogas Usadas	Quantidade
hidocaina suc	20ml
Bupivacaína pesada	15ml
Cefetaxima	2g
Diprione	2g
Deramatoxone	10g
Plavix	10g
Tenoxicam	20g

Técnica Anestésica

Raguiararteria,
pote sentada,
ausculta e antistepie,
puncão mediana
única, L3-L4,
25G, LCR rápido

Monitorização

☒ Cardíaco

☒ Derivado

☒ PNI

☒ Sonda Vesical

☒ Capnógrafo

☒ Elet. Pré-Cordial

☒ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analizador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volúmia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☒ Sonolento

☒ Intubado

☒ Deslido

☒ SRPA

☐ Apert. / Ent.

☐ UTI

☐ Evitar

Intervenção:

☒ Não

☐ Sim

Descrever:

Observações:

Não alergias.
Não comorbidades.
Jejum incompleto

Assinatura do Anestesiista

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Médico
CRM-PE: 23.653

COD. 0152



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099

Número do documento: 20031011554728000000058020099

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELACÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

PACIENTE

Henka Guilherme da Silva (su)

REGISTRO

1652894

CIRURGIA

Remoção de tecido de necrose ferimento data 10/03/2020

CIRCULANTE

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICACÃO	QUANT.	MEDICACÃO
11	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
1	Agulha 40x12		Fio de seda	1	Agua destilada 10ml		Naloxona (narcen)
1	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaina <i>perda</i>
1	Agulha de bloqueio (nº 25)		Fio simples		Alentanila (rapifen)		Neostigmina
1	Atad. Crepe 20 cm		Fita cardíaca	02	Antibiótico <i>cefazolin</i>		Pancurônio
	Atad. Gessada	11	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático	11	Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº 05 (20)		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat. venopunção nº	11	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
1	Cat. de oxigênio		Luva cirúrgica nº 8.0		Dacardon	20	Soro fisiológico <i>300ml</i>
	Câra óssea	05	Luva de procedimento	1	Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()		Seringa insulina () 5cc ()		Diazepam		Soro glicosado
1	Compressa cirúrgica		Seringa 10cc (A) 20cc ()	1	Diplona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias		Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
1	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Tracrium
1	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 ()		Fenitoína (hidantal)		Xilocaina C/A
	Fio cromado		Tomeira de 3 vias		Fentanil		Xilocaina S/A
	Fio de aço	11	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)	1	Xilocaina 2ml
	Fio de aço	1	<i>Fio Unil D</i>		Gelafundin	1	Xilocaina <i>gelatina</i>
	Fio de algodão c/a				Glicose 10ml		<i>Cetoprofeno</i>
	Fio de algodão c/a				Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a				Heparina		
	Fio de algodão s/a				hidrocortisona		
1	Fio de nylon 2-0				Hypnomidate		
1	Fio de nylon 3-0				isoflurano		
	Fio protene c/a				Lanexat (flumazinil)		
	Fio protene c/a				Manitol		
	Fio protene s/a				Meperidina (Dolantina)		

Cod. 0198





REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚGICO HR

PACIENTE: Henka Guilherme da Silva (SIC) REGISTRO: 1692891
IDADE: 40 anos SEXO: M () F (x) SETOR DE PROCEDENCIA: Emergência Adulto (Gr)

1-EQUIPE CIRÚRGICA
CIRURGIÃO: Dr. Rafael ANESTESISTA: Dr. Rafael
1ª AUXILIAR: Pr. Thiago 2ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
ENFERMEIRA: Marcelina CIRCULANTE: Ronaldo

2-DADOS DA CIRURGIA:
CIRURGIA: Emprego + Desbridamento de extenso Ferimento de Perna (F) INÍCIO: 00:00 TÉRMINO: 00:50
TIPO DE ANESTESIA: Raque INÍCIO: 23:40 TÉRMINO: 00:55

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (x) ORIENTADO (x) SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA (x) ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: 71 PULSO: 70 PA: 126x66
PELE: ÍNTEGRA () LESIONADA (x) DIURESE: ESPONTÂNEA (x) SONDAS () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: _____ PERTENCES: _____
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM () NÃO (x) PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO (x)

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO (x) LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: _____
CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: _____ FINAL: _____ CONTROLE DE FERIDAS: FIO ABULHADO: INÍCIO: _____ FIM: _____
ANTIRRÓTICO: PROFIÁTICO: SIM (x) NÃO () QUAL: Glaxia 2g DOSE: 23.45 PREENCHEM COTA: SIM () NÃO (x)
GARROTEAMENTO: SIM () NÃO (x) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: _____ FINAL: _____
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: sem CONFERIDO POR: Rafael + CMC HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR (x) OXÍMETRO (x) CAPNÓGRAFO (x) PNI (x) ASPIRADOR MONTADO (x) MANTA TÉRMICA () AP.VÍDEO () TORPÊDO DE NITROGÊNIO () TORPÊDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATÔMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
INSTRUMENTAIS CONSIGUIRADOS: SIM () NÃO (x)

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

MACAMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO (x) NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: _____
DELUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____
CULTURA: SIM () NÃO (x) EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) GASOMETRIA: SIM () NÃO (x) RIN: SIM () NÃO (x)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: *HELENA BEI VENTURA DA SILVA*

Nº do Registro: *1672841*

Clínica: *TRANSPLANTOLOGIA*

Nº do Leito:

Operador: *Dr. Felipe Loures*

1º Assistente: *Dr. Gerson Lora*

2º Assistente: *Dr. Thales Loures*

Instrumentador:

Anestesista: *Dr. Davison*

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: *16/09/19*

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: *LA PRÓTISE DE TISSA (E)*

Diagnóstico Pós-Operatório: *Ótima*

Operação Proposta: *OSTEOSTOMIA COM CÂMERA CÂMERA 65*

Operação Realizada: *A mesma*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

*(1) Paciente em sala 505
ANESTESIA (2) ROTINA NECESSÁRIA + CÂMERAS
ESTÔMAGO (3) INCHADO DO TÍGULO PARA VERIFICAR
O JETADO (4) (PACIENTE EM SALA 505 - A ANESTESIA).
(5) CÂMERA A BOMBA CÂMERA (6) CÂMERA CÂMERA COM
PACIENTE CÂMERA 65 N° 70. (7) CÂMERA (8) CÂMERA
ESTÔMAGO*




FICHA DE ANESTESIA

Data

16/09/19

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente	HELENA EULIAERNE SILVA	Sexo	F	Cor	PL	Idade	40	Risco	1
CRM	Nome do Anestesiologista	Nome do Cirurgião							
Medicação Pré-anestésica	MDZ 2mg - 8:00		1692891		Urgência ☒ Não ☐ Sim				
Cirurgia	No bom sangue de fuso de globo lateral (C)								



Drogas Usadas	Quantidade
Defenidol	2g
Chloralohidrato	5mg
Fentanil	100mcg
Tiroprom	20mg
Propofol	10mg
Depressor	2g
Depressor hipertensivo	20mg
Morfina	60mcg

Técnica Anestésica: Raquianestesia
P.e. cateter, amplexo, anel
pungo mediano e curvil
LT-LT e agulha 25G
A. Breviter. LCR clare
Líquido novo
O₂ em volume nasal

Monitorização	☐ SIS
☒ Cardíaco	☐ Temperatura
☒ Oximetro	☐ Swan-Ganz
☒ PNI	☐ Analisador Gases
☐ Sonda Vesical	☐ PVC
☐ Capnógrafo	☐ Estimulador de Nervo
☐ Elet. Pré-Cardial	☐ Linha Arterial
☐ Outros	☐ Volume (ISP Plus)

Encaminhado
☒ Aceito
☐ Sólido
☐ Intubado
Destino
☒ SRPA
☐ Abert. / Ent.
☐ UTI
☐ Externo

Interconferência: ☒ Não ☐ Sim

Descrever:

Observações:

Dr. Ranielson Nascimento
Médico Anestesiologista
CRE - 192.223.284-25
CRM - 8612 - CRM 273104

Assinatura do Anestesiologista

Meyile

COD. 0152





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Henrique Guilherme

do Rocha

1410466

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/09/2019 00:50

Transfere para ortopedia

HD: fratura de tíbia proximal sem desvio
Fremmento extenso em perna E

Recebeu medicação e internamento
cirúrgico (note ato operatório)

Procedimento realizado com sucesso
e sem intercorrências.

A S R

Sigla clínica

Colar tala coropédica em mte (superior).

Obs.: paciente pré-operatório com TCE
leve (GCS 15), sem vômitos, sem náuseas,
sem desconforto / prurido de consciência, sem convul-
sões. Não altera em exame físico e no

exame físico (mov. ativo e passivo) sem
dores. Rx. Retinaculo colar cervical e mba pl
tala cirúrgica.

Dr. J. J. Silva Filho
Cirurgião de Traumatologia
CRM 17438/2007-12086

Dr. J. J. Silva Filho
Cirurgião de Traumatologia
CRM 17438/2007-12086

11/09/19

#52PRH

06:50 Paciente em PO de fratura de tíbia proximal, ad-
adada pela Traumatologia sob raquiometria com internamento.
No momento, paciente acordada, consciente, orientada, eufórica, de-

1000 PERNAMBUCO DO ARS NUNO

COD. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Henrique Guilherme de Sousa

1692891

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/09/2019

22:10

hematológico / ortopedico

Paciente vítima de colisão moto carro
nos cornos. Refere dor na perna e
alergia: nega. Prescrição: nega
So expirados:

RGE, LOR, ORR, MY, Insalub.
somocorada

MIE - ferimento extenso + abs
unimolha expostos ossos + presença
de corpo estranho (nódo). +
unimolha profunda.

CO: Sobito Rx

Prescritor: incluir

1º e 2º Andar - 1º e 2º
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 12.315

23:20 Nota T.E. glóbulos = 15. S/AZ comido ao exat.

la pelve = a / part

PERNA G = Fmá fíbula proximal slargada?

[] Ao Bloco 100

Dr. Jairo Silva Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12.315

18/09/19
curativo
Rita

12/09/19
curativo
Rita

curativo
15.09.19
/ Jurell

COD. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Felipe da Silva de Souza

EVOLUÇÃO CLÍNICA

16/09/19

7. Tricloroetileno

Não Operado

Paciente em fase de cuidados a nível de enfermagem, apresentando sinais e sintomas de intoxicação aguda.

Síndrome de irritação e possível reação alérgica.

Procedimento realizado com sucesso.

Di: - a 40

- de 1 a 40 por volta da 11

- 11/11

SRPA DIA # 16/09/19

Admito paciente no PRF de Tratamento cirúrgico de Fx torácica, sem intercorrências. Recebo em ambiente. Nega queixas no momento.

As mamas, EBB, comissura, eupneica, lucida, tórax

AEV: PER um 21, BNF 1/1. FC = 60 SRA = 90%

aa; AR: MV+ um 100, 4/RA. PA = 180x40

ABD: globoso, flácido

CD: plta da SRPA após efeito anestésico

Jackson Junior

CRM/PE 23152

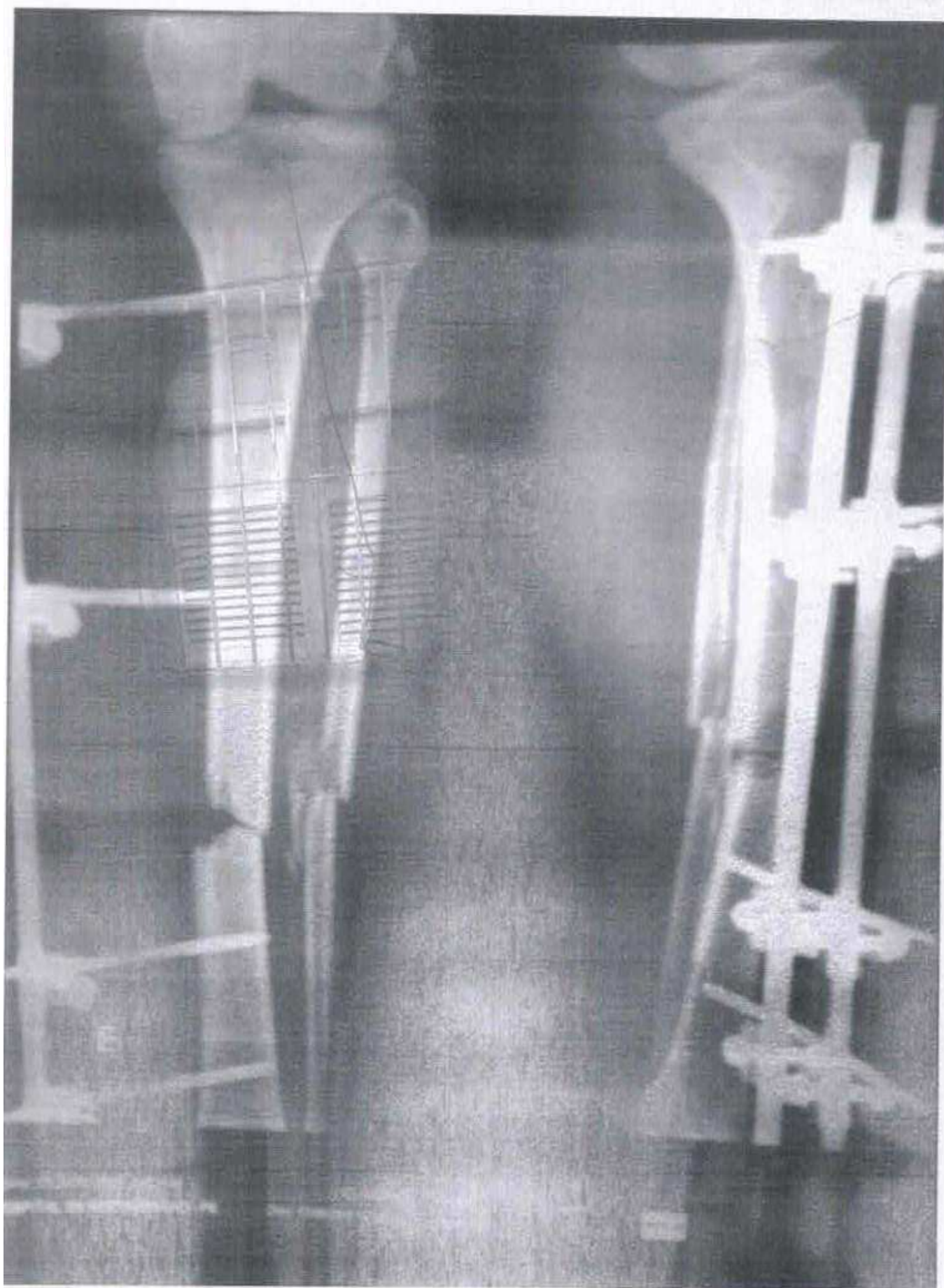
COD. 0123

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner







GOVERNADORIA DO PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CLAYTON AMILTON DE OLIVEIRA FREIRE

6018605 ADM PE

CPF: 088.159.494-57 **DATA NASCIMENTO: 14/08/1984**

FUNÇÃO: MILTON HENRIQUE FREIRE

O: MARIA ROSA DE OLIVEIRA

A:

PERÍODO: 17/04/2020 **VALIDADE: 27/12/2025**

04887857303

Clayton Amilton de Oliveira

RECIFE, PE **DATA EMISSÃO: 15/12/2019**

PERNAMBUCO

1559888220



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Instrumento Procuratório

Através deste instrumento procuratório se faz Outorgante Sr(a):
HERIKA GUILHERME DA SILVA
cujo RG: 5077587, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em
27/06/2009 cujo CPF: 037063644-92, e residente no
endereço: TRAUSSA PARAGUASSU

Nº 100 Bairro: ZUMBI, cidade: RECIFE
UF: PE, CEP: 50711-001

Atribuindo poderes ao outorgado Srº Cleomenes Ancillon de Oliveira Pequeno, cujo RG: 6018605, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em 09/07/2004, cujo CPF: 056.159.494-57, e residente no endereço: Rua Engenho Água Doce, Nº 168 A, Bairro: Imbiribeira, Cidade: Recife – UF: PE, CEP: 51150-030.

Dos poderes: O presente documento outorga poderes para o fim especial de representar o outorgante em sua presença ou mesmo em sua ausência nas questões pertinentes a informações, atos administrativos e/ou judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão de processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Data do acidente:

Tipo de cobertura:

RECIFE, 19 de NOVEMBRO de 20 19



Hérica Guilherme da Silva

Assinatura reconhecida em cartório por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448603/19

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

CPF: 037.063.644-92

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 10/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HERIKA GUILHERME DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO : 056.159.494-57

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

HERIKA GUILHERME DA SILVA : 037.063.644-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
CPF: 056.159.494-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Steffany Carolyn Lins Veloso





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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696152

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HERIKA GUILHERME DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15249719





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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696152

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HERIKA GUILHERME DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004048

Conta: 000060002882-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOANA BEZERRA - DP3ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0093002173**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/11/2019** às **15:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/9/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 1, AVENIDA BEIRA RIO - EM FRENTE A ACADEMIA DA CIDADE - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GILSON JOSE AMORIM REIS (VÍTIMA)
HERIKA GUILHERME DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GILSON JOSE AMORIM REIS**

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

GILSON JOSE AMORIM REIS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA REIS Pai: GILSON AMORIM REIS Data de Nascimento: 22/2/1977 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5091383/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: 81981823398

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 100, TRAVESSA PARAGUAÇU - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

HERIKA GUILHERME DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: GICELA MARQUES DA SILVA Pai: JAIME GUILHERME DA SILVA Data de Nascimento: 26/4/1979 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5077587/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: 81986601699

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 100, TRAVESSA PARAGUAÇU - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): GILSON JOSE AMORIM REIS

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752**



INFORMA AS VÍTIMAS QUE TRANSITAVAM EM UM A MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752 NO BAIRRO DE JOANA BEZERRA, QUANDO O AUTOMÓVEL DE MARCA/MODELO FIAT PALIO ATTRACTIV, PLACA PGH 2328, COLIDIU COM OS MESMOS; QUE FORAM SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, Nº DO ATENDIMENTO: DA - 115.09.2019, DATADO DE 04/10/2019, REFERENTE AO ATENDIMENTO DE GILSON JOSE AMORIM REIS E Nº DO ATENDIMENTO: DA 116.09.2019, DATADO DE 10/10/2019, REFERENTE AO ATENDIMENTO DE HERIKA GUILHERME DA SILVA; QUE HERIKA GUILHERME DA SILVA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO Nº 1692891, Nº DO ATENDIMENTO: 01480939 E GILSON JOSE AMORIM REIS FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO Nº 833430, ATENDIMENTO Nº 01480783; AMBOS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

GILSON JOSE AMORIM REIS

(VITIMA)

8 HÉRICA GUILHERME DA SILVA
HERICA GUILHERME DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS TRAVASSOS MOTA** - Matrícula: **2213915** **ANNA BEZERRA**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(s):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPS.001 V001/2018

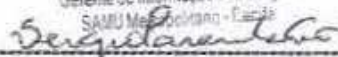


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	116.09.2019
DATA	10.10.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **CLAÚDIA MARIA AMORIM REIS PEREIRA**, portadora do Documento de Identidade nº **5020692** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **024.127.944-56** declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-679352**, que no dia 10 de setembro de 2019, a paciente Sra. **HERIKA GUILHERME DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5077587** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **037.063.644-92**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 21h20, na Avenida Gov. Agamenon Magalhães, em frente a Academia da Cidade, imediações do Fórum Rodolfo Aureliano, no bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE e, direcionada para Hospital da Restauração, Recife, 10 de outubro de 2019.

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



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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borbã, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERIKA GUILHERME DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04048

CONTA: 000060002882-4

Nr. da Autenticação 4140BB07203B372F



USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

☐ AUSENTE
☐ FALTO
☐ RECUSADO
☐ ENDERECO MUDADO
☐ ENDERECO INSUFICIENTE

☐ NÃO EXISTE O NOME NO ENDERECO
☐ DESCONHECIDO
☐ OUTROS (ESPECIFICAR) _____

NÚMERO DO RESPONSÁVEL _____



00132285

CTC RECIFE PE 1
 GIZELE DA SILVA REIS
 TRAVESSA PARAGUASSU 100
 ZUMBI
 50711-021 RECIFE - PE

7209036539571800000380813130020819
 POSTAGEM: 02/08/2019 VENCIMENTO: 30/08/2019

\$
DESCONTO!



TIM

FAC

9912343868/2014-OR9LJ
TIM
Correios



CTC RECIFE PE PL1
CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
R ENGENHO AGUA CLARA 168
IMBIRIBEIRA
51150-040 RECIFE - PE



05



PARA USO DOS CORREIOS

- ☐ 01 - INDECO-SE
- ☐ 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE
- ☐ 03 - NÃO EXISTE IP INDICADO
- ☐ 04 - FALSO
- ☐ 05 - DESCONHECIDO
- ☐ 06 - RECUSADO

- ☐ 07 - AUSENTE
- ☐ 08 - NÃO PROCESSADO
- ☐ 09 - OBJETO DANIFICADO
- ☐ 10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
- ☐ 11 - SAZÃO COMPLETADA (SOLTEIRAS)
- ☐ 12 - CAIXA POSTAL CANCELADA

Assinatura do remetente (se aplicável)

Assinatura do Remetente

Assinatura: _____

Devolução Eletrônica - CEDO

CAIXA POSTAL 19568
CEP 80.231-970 - CURITIBA - PR



3614049716828920000000125210261119
Kerbel_3614049716828920000000125210261119_VISTA_CT_SINPA





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 14ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0001666-04.2020.8.17.2001
AUTOR: HERIKA GUILHERME DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA, ARUANA SEGUROS S.A.

INTIMAÇÃO DE SENTENÇA

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção B da 14ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor da Sentença de ID _____, conforme segue transcrito abaixo:

" SENTENÇA Vistos, etc., HERIKA GUILHERME DA SILVA, devidamente qualificado nos autos, através de advogados legalmente constituídos, com fundamento na Lei nº 6.194/74, com suas alterações posteriores, propôs ação de cobrança securitária em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e ARUANA SEGUROS S/A., igualmente qualificadas na mesma peça processual. De início, requereu os benefícios da assistência judiciária gratuita. Alegou, em resumo, que, no dia 10 de setembro de 2019, foi vítima de acidente de trânsito, resultando lesão e debilidade permanente, tudo atestado em boletim de ocorrência e perícia traumatológica. Assim, deu entrada para o recebimento administrativo da cobertura securitária do DPVAT, tendo recebido o valor de R\$ 1.687,50, que seria inferior ao previsto em lei que regula o seguro obrigatório. Sustenta que o valor da indenização deveria ser feito pelo teto previsto na lei que regula o seguro obrigatório, sendo, pois, devida uma diferença na ordem de R\$ 7.762,50, posto que o teto, ao caso, seria de R\$ 9.450,00, segundo disposição expressa de lei. Em reforço, citou jurisprudência sobre a matéria e, ao final, requereu a procedência do pedido para haver a diferença acima, condenando-se a vencida nos consectários da sucumbência. Juntou documentos. Citada, a parte Suplicada, devidamente representada, apresentou contestação, sustentando, no mérito, a necessidade de graduação da lesão e o efetivo adimplemento administrativamente, razão pela qual pede, ao fim, o julgamento de total improcedência do pedido. Audiência de que trata o art. 334 do CPC/2015 no ID nº. 58771005. Laudo de Verificação e quantificação de lesões permanentes no ID nº. 58771453. Eis o relatório. Decido. Cuida-se de hipótese que dispensa dilação probatória, uma vez que os elementos presentes, inclusive a prova documental, já são suficientes para emitir a sentença antecipadamente, conforme autoriza o art. 355, inciso I, do CPC/2015, consolidado pelas seguintes orientações da jurisprudência: "Não há falar em cerceamento de defesa, quando o julgador, entendendo estarem os autos suficientemente instruídos, reputa desnecessária a produção de provas e julga antecipadamente a lide." (STJ – AgRg no Ag 969.494/DF – 3ª Turma – Rel. Massami Uyeda – Julg. 03/02/2009). "Inexiste ilegalidade tampouco cerceamento de defesa na hipótese em que o juiz, verificando suficientemente instruído o processo, considera desnecessária a produção de mais provas e julga o mérito da demanda na forma antecipada." (STJ – AgRg na MC 14.838/SP – 3ª Turma – Rel. Min. Nancy Andrighi – Julg. 18/11/2008). Trata-se de ação de cobrança securitária oriunda do DPVAT promovida por HERIKA GUILHERME DA SILVA em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e ARUANA SEGUROS S/A., em razão do acidente ocorrido no dia 10 de setembro de 2019 e que resultou, segundo a inicial, deformidade permanente da promotora, fato identificado em boletim de ocorrência e relatório médico. Busca com a pretensão o pagamento da indenização devida previsto na



legislação de que trata o seguro obrigatório. Inexistindo preliminares, passo à análise do mérito. A Lei 11.482/2007 modificou o critério para pagamento do seguro DPVAT, fixando valores absolutos definidos no art. 3º, I, II e III. Para o caso de invalidez permanente a nova redação limitou da indenização em até R\$ 13.500,00, retirando, assim, o parâmetro anterior de salários mínimos. Mais adiante, sobreveio a Lei nº 11.945, de 4 de junho de 2009, que mantendo os mesmos valores, trouxe como grande inovação a inclusão de tabela que prefixa os danos por lesões corporais. No caso presente, a Suplicante foi vítima de acidente de veículo, sendo documentada a sede e extensão das lesões pelos relatórios médicos que acompanham a inicial. Nos documentos médicos, tem-se que a Suplicante ficou com debilidade permanente no membro inferior esquerdo apenas. A sequela é permanente, mas parcial. Ora, seguindo a tabela que agora integra a Lei nº 6.194/74, teve a Suplicada 50% do percentual de perda em relação ao membro inferior esquerdo atingida em razão do acidente. Os documentos dão a certeza das lesões e comprometimento definitivo à integridade física da vítima. Aplicável a regra prevista no art. 3º, §1º, I e II, in verbis: "Art. 3º. omissis. § 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá 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, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. (Grifei). Ora, pela sede das lesões, repita-se, houve apenas limitação funcional parcial do membro inferior esquerdo, e, neste caso, aplica-se o redutor no percentual de 70% do valor do máximo previsto para cobertura integral de R\$ 13.500,00. Considerando-se a repercussão em grau residual, nova redução para 50% do valor, totalizando a importância de R\$ 4.725,00. Logo, pagamento administrativo de R\$ 1.687,50, devida a condenação das rés ao complemento de R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos). Ante todo o exposto, portanto, julgo parcialmente procedente o pedido autoral para condenar a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e ARUANA SEGUROS S/A. a pagar, solidariamente, à Suplicante HERIKA GUILHERME DA SILVA a indenização decorrente do seguro obrigatório no valor R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos), que deverá ser corrigido monetariamente desde a data do evento danoso pela tabela não expurgada do ENCOGE, e juros moratórios legais de 1% ao mês a partir da citação. A Suplicada responde, ainda, pelas custas processuais calculadas sobre o valor da condenação e honorários advocatícios da parte adversa arbitrados em 10% (dez por cento) sobre o mesmo parâmetro. Em tempo, por encontrar-se a disposição das partes, expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais, já depositado e comprovado nos autos. Transitado em julgado e nada tendo sido requerido, arquivem-se os autos, devendo a secretaria proceder com eventual desarquivamento futuro somente se existente petição fundamentada capaz de justificar dito procedimento. Havendo a interposição de recurso, intime-se a parte contrária para contrarrazões, no prazo legal, remetendo-se, em seguida, os autos conclusos para o E. TJPE para processamento e julgamento. P.R.I.C. Recife, 05 de março de 2020. Clara Maria de Lima Callado Juíza de Direito"

RECIFE, 16 de março de 2020.

ANA CECILIA ALBUQUERQUE LINS
Diretoria Cível do 1º Grau



Ciente, aguardando expedição de alvará.





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 14ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0001666-04.2020.8.17.2001
AUTOR: HERIKA GUILHERME DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, ARUANA SEGUROS S.A.

ALVARÁ PARA LEVANTAMENTO DE VALORES

O(A) Exmo.(a) Dr.(a) Juiz(a) de Direito da **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**, **AUTORIZA**, através do presente Alvará, o **LEVANTAMENTO**, pelo beneficiário, do valor autorizado, como descrito no quadro abaixo:

BENEFICIÁRIO (001): PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO - CPF: 009.226.694-06
VALOR AUTORIZADO: R\$300,00 (trezentos reais), com juros e correção monetária porventura existentes.
DADOS DO DEPÓSITO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - AGÊNCIA 2717 - OPERAÇÃO 040 - CONTA 01777735-9

Tudo conforme **SENTENÇA** de **ID 58845536**, dos autos do Processo Judicial Eletrônico-PJe, acima epigrafado: *"Em tempo, por encontrar-se a disposição das partes, expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais, já depositado e comprovado nos autos."*

Eu, ANA CECILIA ALBUQUERQUE LINS, digitei e submeto à conferência e assinaturas o presente alvará com o número de identificação constante no rodapé. RECIFE, 23 de março de 2020.

MARIA CAROLINA COSTA IMMISCH
Diretoria Cível do 1º Grau
(Assinado eletronicamente)

CLARA MARIA DE LIMA CALLADO
Juiz(a) de Direito
(Assinado eletronicamente)

A validade da assinatura deste documento poderá ser confirmada na página do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco: www.tje.jus.br – PJe-Processo Judicial Eletrônico – Consulta Documento [<https://pje.tje.jus.br/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>], utilizando o número do documento (código de barras) abaixo identificado.



Alvará impresso.

Grato.





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 14ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0001666-04.2020.8.17.2001
AUTOR: HERIKA GUILHERME DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, ARUANA SEGUROS S.A.

CERTIDÃO DE DEVOLUÇÃO DE AR COM RECEBIMENTO

Certifico que, nesta data, faço anexar aos presentes autos o AR referente a citação de SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA . O referido é verdade. Dou fé.

RECIFE, 1 de abril de 2020

PATRICIA CARLA DE OLIVEIRA RABELO
Diretoria Cível do 1º Grau





AVISO DE
RECEBIMENTO

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

Nome: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 ANDAR, CENTRO, RIO DE JANEIRO
- RJ - CEP: 20031-205

CEP /

ID 56564898

2

PAÍS / PAYS

CITAÇÃO/INTIMAÇÃO Seção B da 14ª Vara Cível da Capital

NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI

☐ PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE

☐ EMS

☐ SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RÉCEPTEUR

DATA DE RECEBIMENTO / DATE DE LIVRATION

CARIMBO DE ENTREGA /

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO
RECEBEDOR / ÓRGÃO EXPEDIDOR

RUBRICA E M... /

SIGNATURE

Emmanuel Lopes da Araujo
8.324.034-9
Carteiro



PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERS

FC0463 / 16

114 x 186 mm



	AVISO DE RECEBIMENTO AVIS CN070	AR			
	DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT 20 JAN 2020		DU 657 2432 92 Bk		
UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT RECIFE		TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON			
		: h	: h	: h	: h
PREENCHER COM LETRA DE FORMA					
NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR					
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / ADRESSE DIRETORIA CÍVEL DE 1º GRAU DA CAPITAL FÓRUM DESEMBARGADOR RODOLFO AURELIANO - 1º ANDAR AV. DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/Nº ILHA JOANA BEZERRA RECIFE PE CEP: 50.040-900					
CIDADE / LOCALIDADE				UF	BRASIL BRÉSIL
[] [] [] [] [] - [] [] []					





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 14ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0001666-04.2020.8.17.2001
AUTOR: HERIKA GUILHERME DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, ARUANA SEGUROS S.A.

CERTIDÃO DE DEVOLUÇÃO DE AR COM RECEBIMENTO

Certifico que, nesta data, faço anexar aos presentes autos o AR referente a INTIMAÇÃO de HERIKA GUILHERME DA SILVA . O referido é verdade. Dou fé.

RECIFE, 13 de abril de 2020

FRANCISCA SAMPAIO MAGALHAES
Diretoria Cível do 1º Grau





AVISO DE
RECEBIMENTO

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

Nome: HERIKA GUILHERME DA SILVA - SEDEX

Endereço: TV PARAGUASSU, 100, ZUMBI, RECIFE - PE - CEP: 50711-021

SEDEX

0001666-04.2020.8.17.2001

ID 57407259

1

INTIMAÇÃO

Seção B da 14ª Vara Cível da Capital

UF

PAIS / PAYS

NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI



PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE



EMS



SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RÉCEPTEUR

DATA DE RECEBIMENTO
DATE DE LIVRATION

07/01/2020

CARIMBO DE ENTREGA
UNIDADE DE DESTINO
BUREAU DE DESTINATION

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO
RECEBEDOR / ORGÃO EXPEDIDOR

RUBRICA E MAT. DO EMPREGADO
SIGNATURE DE L'AGENT

FRANCISCA LUIZ DA COSTA

MAT 8 505 896-3

AGENTE DE CORREIOS

GDB CORDEIRO

07 JAN 2020

O PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO

FC0463 / 16

114 x 186 mm





AVISO DE RECEBIMENTO AVIS CN07	AR
--	-----------

D11500 8521 9 Rn



DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT 08/04/2020
UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT RECIFE-PE

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON			
/ /	/ /	/ /	
:	h	:	h

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO
RETOUR

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR		
DIRETORIA CIVIL DE 1º GRAU DA CAPITAL		
FONTE: DESEMBARGADOR RODOLFO AURELIANO - 1º ANDAR		
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / ADRESSE		
AV. DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/Nº		
ILHA JOANA BEZERRA RECIFE/PE CEP: 50.080-000		
CIDADE / LOCALITÉ	UF	BRASIL BRÉSIL

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

