Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

09/03/2020

Número: **0001149-96.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **10/01/2020**
Valor da causa: **R$ 12.150,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58913819	09/03/2020 11:44	2698344_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 00011499620208172001

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 **JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS** , em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **11/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/09/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, 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/2015[1], 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/2015[2].

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

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

---

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **11/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).**

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 parciais[4].

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

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$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

---

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[6.]

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 ação[7]

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

---

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

[7] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 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 a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/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 de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS** , em curso perante **a 1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00011499620208172001.

Rio de Janeiro, 19 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

09/03/2020

Número: **0001149-96.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **10/01/2020**
Valor da causa: **R$ 12.150,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58913823	09/03/2020 11:44	ANEXO	Outros (Documento)

seguradora LÍDER

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 022 1204 ou 0800 721 0081 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida circular **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[1]

[illegible]

Pelo exposto, eu [illegible], inscrito (a) no CPF [illegible] na qualidade de procurador(a) / representante / intermediário(a) do beneficiário [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible] do sinistro de DPVAT cobertura [illegible] da Vítima [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: [illegible] Renda: [illegible] e apresento os documentos comprobatórios

/ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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: [illegible]	Número: [illegible] / Complemento: [illegible]
Bairro: [illegible] / Cidade: [illegible]	Estado: [illegible] / CEP: [illegible]
Email: [illegible]	Telefone Residencial: [illegible] / Telefone Celular: [illegible]

[illegible] de [illegible] de [illegible]

Assinatura do Declarante

[illegible]

PRONTUÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE

PRONTUÁRIO: [illegible] CLASSE DE RISCO: [illegible]

PACIENTE: JOSÉ ROBERTO
ALEXANDRE DOS SANTOS

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

RESTRICTIVO: [illegible]

[illegible]

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente do item)

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

EXAME FÍSICO

[illegible]

[illegible]

EXAMES SOLICITADOS

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

N	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
[illegible]		

[illegible]

GOVERNO
DA PARAÍBA

HORA PA TEMP FC FR PRESS ASSINATURA DO

ACIDENTE DE TRANSITO: SIM
DATA: 11/06/2019 HORA: 19:36:22

PRONTUARIO: [redacted]

AGRAVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

CINEMA CITADO:
[illegible]

[illegible] SIM [illegible] NÃO [illegible]
DEF. MOTORA ( )SIM (X)NÃO

ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO: NEGA
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLOGICA

[illegible]
( )IRRITADO ( ) DIMINUIDAO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS RELATADOS

( ) FEBRE ( ) VOMITO ( ) ANEMIA ( ) [illegible]
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBILOS ( ) TOSSE

[illegible]

CONSULTA AO PRONTO
[illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRTÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EX

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: COR: PESO: ALTURA: CLINICA: ENF:

CLÍNICO:

A EXAMINAR:

SOLICITADO:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPOSAVEL PELA SOLIC

LIBERAÇÃO DE LEITO

[illegible] ALEXANDRE DOS SANTOS

[illegible] Data da Alta: 17/08/2019

[illegible]

[illegible]

[illegible] EXAMES IMAGENOLÓGICOS

[illegible] Data: 16/08/2019

[illegible]

[illegible] CAMPOS DE ALMEIDA

[illegible] Complicações: Paciente [illegible] Negativo [illegible] apresenta [illegible] desvio de globo ocular anteriormente [illegible] orbitária esquerda, parestesia [illegible] fratura de arco e osso zigomático esquerdo. Pastilha [illegible] para redução e fixação de fraturas sob anestesia geral [illegible]

[illegible] COMPRESSA FRIA NAS PRIMEIRAS 48HRS [illegible] PRIMEIRAS 48HRS - MUDE O CURATIVO [illegible]

[illegible] NAMUSE LIDA - BIOZONA

[illegible] LAVAR COM ÁGUA E SABÃO [illegible] DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO [illegible]

[illegible] para revisão Repouso 20 dias

[illegible] Medicado

[illegible]

Assinatura e carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible] ALEXANDRE DOS SANTOS [illegible]

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS Idade: [illegible] Sexo: M

DIA: 16/08/2019
MEDICO(A): Rebeca Valeska Soares Pereira

Item	Prescrição	Aprazamento
DIETA PASTOSA		
SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML	[illegible]	11
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	[illegible]	18
DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML	[illegible]	
CEFOXITINA 20 MG/ML DILUENTE [illegible]	[illegible]	13
HIGIENE ORAL		
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS		

EVOLUÇÃO

DATA: 16/08/2019 HORA: 11:58:43

ORTOPEDIA

Paciente relata acidente motociclístico, encontra-se consciente, orientado, eupnéico. Nega problemas de base, alergia ou fazer uso de medicação contínua.

Ao exame clínico apresenta equimose periorbital esquerda sem repercussão oftalmológica, investido relato de visão de globo ocular [illegible] estrabismo, trauma de degrau PALPAÇÃO EM margem infra orbitária esquerda, dor em alteração local sem queixas oclusais, [illegible] degrau de nervo infra orbitário esquerdo

Demonstra fratura de terço ósseo zigomático esquerdo

Paciente satisfeito a procedimento cirúrgico para redução e fixação de fraturas sob anestesia geral sem intercorrências

CID: ACOMPANHAMENTO BMR
SOLICITO RADIOGRAFIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

	Prescrição	Aprazamento
	DIETA PO LIVRE	
	DIPIRONA SUBLINGUAL 500 MG, MEL 2 ml	
	TENOXICAM 20 MG SEM HIDRATANTE	
	HIGIENE ORAL	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
	OUTRO	

[illegible] 7/03/2019 HORA: 08:34:12

[illegible]

[illegible] Nega problemas de base, alergia ou fazer uso de [illegible]

[illegible] que está apresentando quadro de dor [illegible] PALPAÇÃO [illegible] abertura bucal sem queixas [illegible]

[illegible]

SOLICITO PARECER COMPROMISSO CIRURGICO

ASSINATURA E CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Iara Batista da Silva
COREN-PB 527182-TE

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: | Registro: | Leito: | Setor Atual:

DADOS CLÍNICOS

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

SINAIS VITAIS E DOR

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível da consciência: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( )

GLASGOW(3-15). Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs.

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuidos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: ( )D ( )E ( ) Selo d'água.

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

DESCRIÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) ≥ 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ___/___/___
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.
Alimentação: ( )VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :___/___/___
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:
Abdômen: ( )Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:
RHA: ( )Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuídos ( )Aumentados
Eliminação intestinal: ( )Normal ( )Líquida ( )Constipado há dias ( )Outros:
Eliminação urinária: ( )Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Débito ml/h;
Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:
Coloração da pele: ( )Normocorada ( )Hipocorada ( )Icterica ( )Cianótica | Turgor da pele: ( )Preservado
Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas | Manifestações de sede: ( )
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto. Curativo em: ___/___/___
Drenos: ( ) Tipo/Aspecto Débito: Retirado em: ___/___/___
Úlceras de pressão: ( )Estágio: Local. Descrição: Curativo : ___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene Corporal: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória | Higiene Corporal: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória
Limitação física: ( )Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro DATA: 15/05/2011 HORA: ___:___

FONTE: BORDINHAO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

06/11/08/2019
MEDICO: Dr. Tasso Avancio Menezes Honorato

Item	Posologia	Aprazamento
DIETA PASTOSA		
SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML		
DIPIRONA SOD DRA 500 MG/ML 2 ML		
TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE		
HIGIENE ORAL		
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS		

CID: S72.0

DATA: 21/08/2019 HORA: 06:52:08

HMA:

Paciente relata acidente motociclístico e encontra-se consciente, orientado e tímpico. Nega problemas de hipertensão, alergia ou doença de base e no momento.

Ao exame físico apresenta ferimento por arma branca em hemitórax esquerdo, com presença de alguns fragmentos de vidro, ferimento de grau PALPAVELMente margem intra-orbitária esquerda, dor em abertura bucal sem queixas de dentes, [illegible] região de [illegible] orbitária esquerda.

[illegible] fratura de arco zigomático esquerdo.

EXAMES: HEMOGRAMA, VALORES NORMAIS DE SERIE VERMELHA E BRANCA.

CD: AGUARDANDO OPORTUNIDADE CIRURGICA

ASSINATURA E CARIMBO
Tasso Avancio Menezes Honorato

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

DATA: 13/08/2019

MÉDICO: Dr. Dr. Lasso Assunção Menezes Bonfim

Item	Prescrição	Aprazamento
	DIETA [illegible]	
	SORO FISIOLOGICO 0,9% - 100ml	
	SORO GLICOSADO 5% - 250ml	
-	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	
	FENTANILA 0,05 MG/ML	
-	HIGIENE ORAL	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 13/08/2019 HORA: 06:18:17

SMG 2 DETH

Paciente [illegible] acidente rodoviário, encontra-se consciente, orientado, eupneico. Nega problemas de base, alergia ou fazer uso de medicação contínua.

[illegible] apresenta equimoses, [illegible] escoriações [illegible] abrasão [illegible] direito de globo ocular [illegible] hemorragia [illegible] orelha esquerda, dor em abertura bucal sem queixas álgicas.

[illegible] crânio-encefálico [illegible] esquerdo.

[illegible] HEMOGRAMA

[illegible] SOLICITO NOVO HEMOGRAMA
ACOMPANHAMENTO BMI

ASSINATURA E CARIMBO
Lasso Assunção Menezes Bonfim

[illegible] MÉDICA

[illegible] ALEXANDRE DOS SANTOS [illegible]

[illegible]

[illegible]

Apuzzato [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE: SEXO: COR: PESO: ALTURA: CLINICA: ENF: LEITO:

DADOS CLÍNICOS

REA

EXAME SOLICITADO

URGENTE ROTINA

DATA HORA DA SOLICITAÇÃO

RESPOSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: COR: PESO: ALTURA: CLÍNICA: ENF:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO

RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO

GOVERNO DA PARAÍBA SECRTÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXA

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: COR: PESO: ALTURA: CLINICA: ENF:

PROCEDIMENTOS:

PROCEDIMENTO A EXAMINAR

MATERIAL UTILIZADO

ROTINA	ROTINA
	HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNA[illegible]

[illegible] COM RISCO CIRÚRGICO

[illegible]

Ass. do Médico

CHECKLIST

GOVERNO DA PARAÍBA — SEGUE o trabalho

PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM:

NOME:

PROCEDIMENTO:

☐ AVP:LOCAL: ____ JELCO Nº: ____ ☐ AVC ☐ JEJUM

BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☐ SABONETE PRÓPRIO

RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☐ ADORNOS ☐ PERTENCES

ENCAMINHADO: ☐ HEMOG ☐ USG ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA

☐ TERMO DE CONSENTIMENTO ☐ NÃO SE APLICA

☐ RESERVA DE HEMODERIVADO ☐ NÃO SE APLICA

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: ____ COREN:

AV. Marechal FlorianoPeixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PBCEP: 58.432-809
Email: chefiachtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

A. COSTA COMÉRCIO ATACADISTA [illegible] FARMACÊUTICOS [illegible]
[illegible]
[illegible]
Fones: 83 3337 3628 - 3337 65[illegible]3 - Fax: 83 3337 3[illegible] - TeleVendas: 0800 [illegible]

Controle Cirurgico

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Nome: Idade:
Cirurgião: Data:
Procedimento:

Enfermeiro: Auxiliar: Anestesista:

Início: Término: Anestesia:

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência

Medicamentos/Materiais: Quantidade:

Observações:

Enfermeiro: Cirurgião:

Relatório de Operação

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08 778 268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB Data: 16/08/2019
NOME: Rebeca Valeska Soares Pereira

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 154154 DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1965175 Clin: NEUROBUCO / Enf: 8 / Les: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Data da Internação: 12/08/2019

Atendimento:1965175

Diagnostico Pré-Operatório:FRATURA DE ZIGOMÁTICO E

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:REDUCAO + FIE **Data da Cirurgia:16/08/2019**

Equipe:
Cirurgião:CAMILA LINS VIEIRA
Aux 1:REGINALDO FERNANDES DA SI
Aux 2:REBECA VALESKA SOARES
Aux 3:
Instrumentador:KECIA
Anestesista:ANTONIO RAFAEL SODRE CAMPOS DE ALMEIDA
Tipo de anestesia:GERAL (NASOTRAQUEAL)

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL
2 - ANTISSEPSIA LOCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
4 - ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
5 - TAMPÃO OROFARÍNGEO
6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR + ACESSO SUPRAORBITÁRIO
7 - DIVULSÃO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS
8 - EXPOSIÇÃO DAS FRATURAS E REDUÇÃO DE FRATURA EM COMPLEXO ZIGOMÁTICO E
9 - FIXAÇÃO COM SISTEMA 1.5 DE REGIÃO FRONTOZIGOMÁTICA: 01 PLACA RETA C/ INTERMEDIÁRIO (04 FUROS + 04 PARAFUSOS)
10 - FIXAÇÃO COM SISTEMA 2.0 EM PILAR ZIGOMÁTICO MAXILAR: 01 PLACA EM "L" C/ INTERMEDIÁRIO (04 FUROS + 04 PARAFUSOS)
11 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF 0,9%
12 - SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 3.0 + NYLON 5.0
13 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
14 - CURATIVO

INÍCIO: 10:40 HRS

TURNO: 11:40 HRS
EMPRESA: BEMMED

DT. 16/08/2019

Assinatura/Carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira

[illegible]

[illegible]

PACIENTE: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
DATA DO EXAME: 11/08/2019 às 20:55 horas
SOLICITANTE: Dr. [illegible]

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

[illegible]

ANÁLISE:

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM-PB: 6320 RQE 4159

Data da Internação: 12/08/2019 Hora: 08:11:17

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2362856

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2362856

Identificação do Paciente

JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS — 1965175

29/07/1975

JACQUELINE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS — 83 — 981726756

SITIO SAMAMBAIA , 0 , ZONA RURAL

Santa Cecilia — 251315 — PB — 58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

02 — 707403029960271

JOSE RICARDO DOS SANTOS S — 12/08/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

AUTORIZAÇÃO

/ /

Data da internação: 12/08/2019 Hora: 08:11:17

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saude

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1965175
7 - CARTÃO DO SUS: 898000164823885
8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/07/1975
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 981726756
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SITIO SAMAMBAIA , 0 , ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Santa Cecília
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 251315
15 - UF: PB
16 - CEP: 58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: [illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Exame clínico [illegible]

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Fratura de [illegible] esquerdo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de [illegible] esquerdo
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

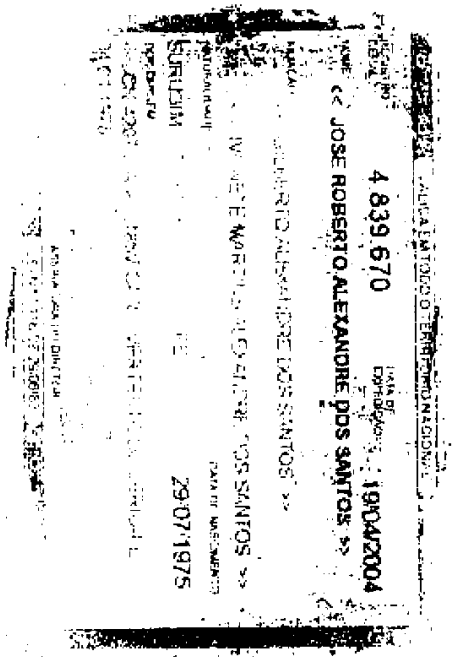
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [illegible]
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: Ortopedia
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 707403028960271
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOSE RICARDO DOS SANTOS S
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/08/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

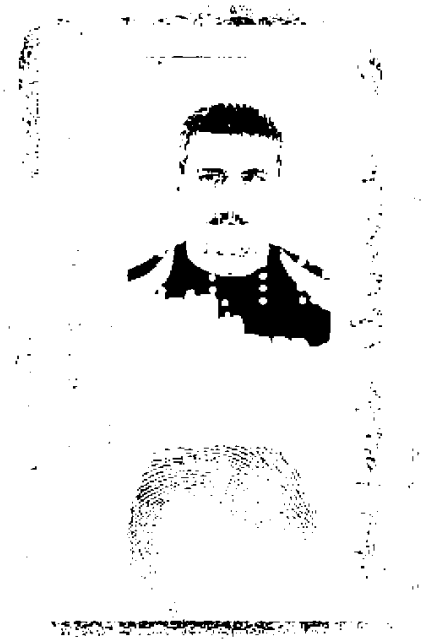
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):


4 839 670
19/04/2004
<< JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS >>
29/07/1975



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

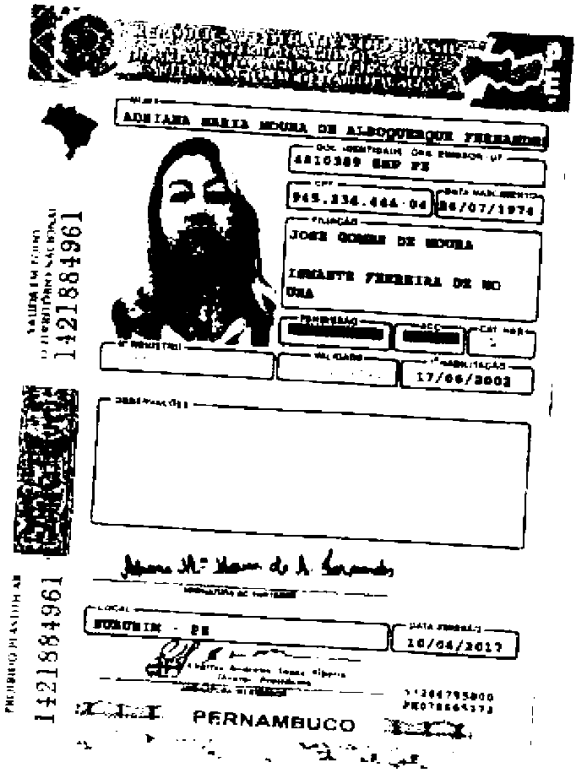
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
960.985.204-10

Nome
JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Nascimento
29/07/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO


ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

4810389 SSP PE

945.234.444-04

26/07/1974

JOSE GOMES DE MOURA

IRMANTE FERREIRA DE MOURA

17/06/2003

1421884961

1421884961

SURUBIM - PE

10/04/2017

PERNAMBUCO

DETRAN
DETTRAN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
LUCIA MA
BURUBIN
HONDA/CG 125 TITAN KS
9C2JC3011YR136719
PRÊMIO TARIFARIO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
30-2013

PE Nº 010732528078 BILHETE DE SEGURO
LUCIA MARIA DA SILVA
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
BURUBIN-RS
HONDA/CG 125 TITAN KS
28/1240L
IPVA 2014 QUITADO
SEGURO PAGO
BURUBIN RS

DETRAN PE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO DE PERNAMBUCO

Controle de Veiculos - Relatório Geral Do Veiculo

Placa	KLC2392	UF	PE
Renavam	798962925		
Chassi	9C2JC30103R156718		
Nº Motor	JC30E13156718		
Proprietário	LUCIA MARIA DA SILVA		
Município	SURUBIM		
Marca/Modelo	HONDA/CG 125 TITAN KS		
Fabricação/Ano	2002 / 2003		
Cor	VERDE		

Restriçoes Gerais:

Restrição Financeira de Financiamento	Data
Restrição1	
Restrição2	
Restrição3	
Restrição4	
Observação restrição	

Débitos:

IPVA	Sim	Valor	R$ 453,02
Licenciamento	Sim	Valor	R$ 616,26
Multas IPVA	Não	Valor	
Multas	Sim	Valor	R$ 1.340,76
DPVAT	Sim	Valor	R$ 270,08
Autuações em Tramitação	Não	Valor	

Gravame:

Ultimo CRLV Emitido:

Exercício	2014		
Emissão	11/04/2014	CIR. SURUBIM	Entrega
Destino	ON-LINE		Retirada
Retirada			Motivo
CRLV de Restituição			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400606/19

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Data do acidente: 11/08/2019

CPF: 960.985.204-10 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS : 960.985.204-10

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: 14/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

SURUBIM (PE), 05 DE DEZEMBRO 2019

A LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO REANALISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VITIMA JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

TIPO DE INDENIZAÇÃO INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190639022

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vitima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 11/08/2019, onde sofri FRATURA EM LIGOMÁTICO ESQUERDO fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS E foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que seja liberado a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO solicito de V.Sª que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo

JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639022 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DISCRETA DE ABERTURA DA BOCA COM DISCRETO AFUNDAMENTO DE ARCO ZIGOMÁTICO

Resultados terapêuticos: DISCRETA DEFORMIDADE EM FACE E LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639022 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO Á ESQUERDA.
LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO MAXILAR(PLACA E PARAFUSOS).
TRATAMENTO CONSERVADOR COTOVELO.
ALTA.(P1/4/7/29/31/32/34FC/38/39)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME: JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4 839 670 SDS/PE CPF 960 985 204 10
DATA DO ACIDENTE: 11/08/19
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
ENDEREÇO:
RUA JULIETA A NUNES, 216, SÃO JOSÉ,
SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA Mª MOURA DE A FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4 810 383 SSP/PE CPF 945.234 444 04
ENDEREÇO-
RUA JOÃO BATISTA, 340, CENTRO, SURUBIM/PE

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 QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

SURUBIM/PE - 22 DE AGOSTO DE 2019

José Roberto Alexandre dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(CONFERE COM A FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º Tabelionato de Notas de Surubim - PE

Reconheco por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
Dou fé. Surubim, sexta-feira, 23 de agosto de 2019 - 11:40h
Em Testemunho da verdade
Creuza Maria Silva de Lima - Tabelia
Total: 4,91 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo: 1373214 NLM07201901 03519-Rua Sete de Setembro 10 - Centro - SURUBIM-PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400606/19

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTO

Data do acidente: 11/08/2019

CPF: 960.985.204-10 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS : 960.985.204-10

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: 14/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400606/19

Número do Sinistro: 3190639022

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTO

Data do acidente: 11/08/2019

CPF: 960.985.204-10 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

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: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

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, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190639022 **Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS**

Data do Acidente: 11/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00713/00714 - carta_01 - INVALIDEZ

00020357

Carta nº 15116196

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, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190639022 **Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS**

Data do Acidente: 11/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01905/01906 - carta_02 - INVALIDEZ

00050953

Carta nº 15137311

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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190639022 **Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS**

Data do Acidente: 11/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01711/01712 - carta_09 - INVALIDEZ

00080856

Carta nº 15243648

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

Número do Sinistro: 3190639022
Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto Alexandre dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Julieta Nunes, 216 Casa
S Jose Surubim PE CEP: 55750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 4839670
Data local do acidente: [11/08/2019]
Data local do exame: [02/12/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO COM PLACA E PARAFUSOS
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 21/10/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA LIMITAÇÃO DISCRETA DE ABERTURA DA BOCA COM DISCRETO AFUNDAMENTO DE ARCO ZIGOMÁTICO

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DISCRETA NA ABERTURA DA BOCA

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: **(X) 10% residual**( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇAO - SANTA MARIA DO CAMBUCA - DP133ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0223000446**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/09/2019** as **15:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/8/2019** as **15:00**

Endereço do acontecimento: **SITIO PACARE, PROXIMO AO GRUPO ESCOLAR DA PACARE - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Município: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrencia

DESCONHECIDO(A) (COMPARECIMENTO: AGENTE)
LUCIA MARIA DA SILVA (OUTRO)
JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

VEICULO (VEICULO) de propriedade legal de LUCIA MARIA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a) JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

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

JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS** Pai: **GILBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS** Data de Nascimento: **29/7/1975** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4839670/SDS/PE (RG) 96098520410 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **995706106**

Endereço: **BAIRRO JOSE - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Referência: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, RUA JULIETA A. NUNES Nº216 BAIRRO SÃO JOSE SURUBIM /PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LUCIA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade legal de: **LUCIA MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS**
Categoria Marca Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLC2392** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **798962925** Chassi: **9C2JC30103R156718**
Ano Fabricação/Modelo: **2002 2003** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NO DIA 11/08/2019 POR VOLTA DAS 15:00 HORAS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KLC2392, PELA ESTRADA DO SITIO PACARE QUANDO TRAFEGAVA NO SENTIDO SITIO DE MANOEL SEBASTIÃO LIMA AO SITIO PACARE,E AO PASSAR EM UMA LOMBADA PROXIMO AO GRUPO DO REFERIDO SITIO,PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR SOFRENDO LESÕES EM SUA FACE.LIGO APOS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO.

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

JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por **MAXAEL OLIVEIRA DOS SANTOS** - Matrícula **3848442**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

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

1. Nº da ocorrência | 3. CPF da vítima: 960.985.204-10 | 4. Nome completo da vítima: JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5. Nome completo: JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS | 6. CPF: 960.985.204-10

7. Endereço: RECINI | 8. Logradouro: RUA JOAILTA A NUNES | 9. Número: 210 | 10. Complemento: CASA

11. Bairro: SÃO JOSÉ | 12. Cidade: JUAZEIRO | 13. Estado: BA | 14. CEP: 48750-000

15. Telefone: | 16. Celular: 88 99450 5993

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

17. Nome completo do representante legal

18. CPF do representante legal | 19. Relação do representante legal

Declaro, [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

20. RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ R$ 1.000,00 A R$ 2.000,00 ☐ R$ 2.000,01 A R$ 3.000,00 ☐ R$ 3.000,01 A R$ 4.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$ 4.000,01 A R$ 5.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 18190 - 8 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Declaro, [illegible]

- 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23. Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | 24. Data do óbito da vítima

25. Seguro de Pare testamento da vítima: [illegible] | 26. A vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 27. Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo

28. A vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29. Se a vítima teve filhos, informar nomes completos | 30. A vítima deixou herdeiros (pais/avós)? ☐ Sim ☐ Não | 31. A vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32. Se a vítima teve irmãos, informar nomes completos | 33. A vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34. [illegible]

35. Nome completo de quem assina a pedido da vítima

36. CPF legível de quem assina a pedido da vítima

37. Assinatura de quem assina a pedido da vítima

TESTEMUNHAS

38. 1ª Testemunha - Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39. 2ª Testemunha - Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40. Local e data: JUAZEIRO-BA, 11/11/2019

José Roberto Alexandre dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário(a) ou representante

41. Assinatura do Representante Legal do Menor

42. Assinatura do Procurador (se houver)

Versão: 02/2019

DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE

PRONT. (B.E) Nº [illegible] CLASS. DE RISCO [redacted]

PACIENTE: JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

OBSERVAÇÃO

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao dano)

EXAME FÍSICO

EXAMES SOLICITADOS

( ) Tomografia Computadorizada ( )

Especialista:

Médico assistente:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO

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: 05/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000012190-8

Nr. da Autenticação 418B380BAE0C6D24