



Número: **0089865-36.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA (AUTOR)	DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58813 432	05/03/2020 11:47	<a href="#"><u>2699764_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE – SEÇÃO A**

**Processo:** 00898653620198172001

**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 **LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

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

#### **BREVE SÍNTSE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **11/09/2019**.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471647400000057840203>  
Número do documento: 20030511471647400000057840203

Num. 58813432 - Pág. 1

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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>.

#### **DO MÉRITO**

#### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 11/09/2019 após 6 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 05/03/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;



Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

**Não há justificativa para delonga tão grande**, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descharacteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

#### **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<sup>3</sup>.

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

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

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontrovertido 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), após a regulação do sinistro.

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

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.”*

<sup>3</sup>“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)



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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 05/03/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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<sup>5</sup>.

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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.”



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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

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

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<sup>7</sup>

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.

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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



## CONCLUSÃO

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

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar 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 autoral com fundamento no artigo 487 inciso I do CPC.

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 20 de fevereiro de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR  
30225 - OAB/PE**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471647400000057840203>  
Número do documento: 20030511471647400000057840203

Num. 58813432 - Pág. 6

### **QUESITOS DA RÉ**

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471647400000057840203>  
Número do documento: 20030511471647400000057840203

Num. 58813432 - Pág. 7

**TABELA DE GRAADAÇÃO**

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471647400000057840203>  
 Número do documento: 20030511471647400000057840203

Num. 58813432 - Pág. 8

## **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 nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **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 **LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00898653620198172001.

Rio de Janeiro, 20 de fevereiro de 2020.

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246**

**FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629**

**JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522**

**JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471647400000057840203>  
Número do documento: 20030511471647400000057840203

Num. 58813432 - Pág. 9



Número: **0089865-36.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

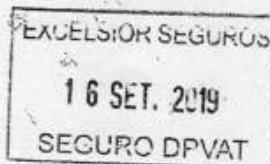
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA (AUTOR)	DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58813 435	05/03/2020 11:47	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL				
MINISTÉRIO DAS CIDADES				
DETAN - PE			Nº 014485621499	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				
VIA	COD. RENAVAM		H.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1160313110		*****	2019
NOME				
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA				
SAO L DA MATA-PE				
CPF / CNPJ		PLACA		
111.139.424-52		PCH1308		
PLACA ANTOLOGIA		CHASE		
***** AR		5E2KCZ2710JRD 19992		
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTOCICLETA		ALCOO/GASOL		
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.	
BONDA /CC 160 TITAN		2019	2019	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/162CL		PARTIC	PRETA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA		VENC / COTAS
I	IPVA 2019 QUITADO	*****		1* *****
P		*****		2* *****
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS		3* *****
A	1	*****		
PRÉMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
PRÉMIO PAGO				
SEGURÓ OBRIGATÓRIO				
OBSERVAÇÕES				
AL. FED. ADM CONS. NAC. BONDA LTDA				
DOCUMENTO DE PAGAMENTO OBRIGATÓRIO				
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA				
LOCAÇÃO				
SAO L DA MATA-PE				
MORADA: Rua 10 de Setembro, Centro				
Bairros Presidente em Exercício DETRAN/PE				
Data: 16/01/19				



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471660100000057840206>  
Número do documento: 20030511471660100000057840206

Num. 58813435 - Pág. 1

## PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320215/19

**Vítima:** LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

**CPF:** 111.139.424-52

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 05/03/2019

**Titular do CPF:** LUIZ CARLOS DA ROCHA  
BARBOSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA : 111.139.424-52**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

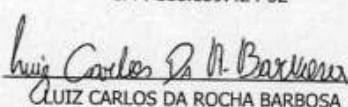
Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

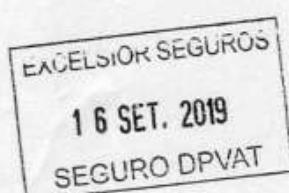
Data da entrega: 16/09/2019  
Nome: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA  
CPF: 111.139.424-52

  
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

  
RAIANNE SILVA BARBOSA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533903 Cidade: São Lourenço da Mata Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA Data do acidente: 05/03/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOPROTESE (HASTE INTRAMEDULAR E FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.  
(PÁG.1/6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533903 Cidade: São Lourenço da Mata Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA Data do acidente: 05/03/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOPROTESE (HASTE INTRAMEDULAR E FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.  
(PÁG.1/6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320215/19

**Vítima:** LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

**CPF:** 111.139.424-52

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/03/2019

**Titular do CPF:** LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA : 111.139.424-52**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019  
Nome: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA  
CPF: 111.139.424-52

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

\_\_\_\_\_  
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

\_\_\_\_\_  
RAIANNE SILVA BARBOSA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190533903 Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Data do Acidente: 05/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 00000120802-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190533903 Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

**Data do Acidente:** 05/03/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14900487



01505/01506 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471660100000057840206>  
Número do documento: 20030511471660100000057840206

Núm. 58813435 - Pág. 7



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	111139424-52	LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA			7777139424-52
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
FRENTISTA	RUA CLODOALDO GOMES ARAUJO	60	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
PENEDO	SÃO LORENÇO DA MATA	PE	54775-505
15 - E-mail:	(81) 9-8769-7811		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0876 CONTA: 720802 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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.

MORTE

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

NÃO ALFABETIZADO

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váriascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

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

34  
Impressão  
digital da  
víctima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data, RECIFE 16-09-19

*Luiz Carlos Da Rocha Barbosa*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EXCELSIOR SEGURÓS

16 SET. 2019

SEGUR. DPVAT

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0115003635**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às **09:18**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **5/3/2019** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 1** - Bairro: **CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**

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

**LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSETE BEZERRA DA ROCHA BARBOSA** Pai: **ANTONIS GOMES BARBOSA** Data de Nascimento: **31/8/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **11113942452 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 987647811**

Endereço Residencial: **AVENIDA CLODOALDO GOMES DE ARAUJO, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: PENEDO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH1308** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2018/NÃO INFORMADO**

**EXCELSIOR SEGURÓS**  
**16 SET. 2019**  
**SEGURU DPVAT**

Complemento / Observação

**INFORMOU A VÍTIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE ACIMA CITADA PILOTAQND SUA MOTOCICLETA ORA MENCIONADA QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULOD E PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS VINDO A BATER EM SUA LATERAL E A VÍTIMA VEIO A CAIR NO CHÃO ONDE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS CONFORME ATENDIMENTO N° 693079.**



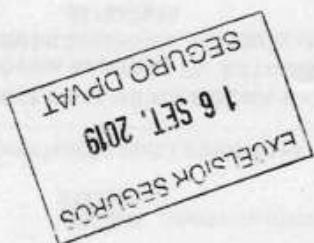
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Luiz Carlos Da R. Barbosa*

**LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**  
**(VITIMA)**

*[Handwritten signature]*

B.O. registrado por: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO** - Matricula: **220.926-8**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471660100000057840206>  
Número do documento: 20030511471660100000057840206

Num. 58813435 - Pág. 10



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	111139424-57	LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA			7777139424-52
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
FRENTISTA	RUA CLODOALDO GOMES ARAUJO	60	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
PENEDO	SÃO LORENÇO DA MATA	PE	54775-505
15 - E-mail:	(81) 9-8769-7811		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0876 CONTA: 720802 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váriascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

**NÃO ALFABETIZADO**

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data, RECIFE 16-09-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EXCELSIOR SEGURÓS  
16 SET. 2019  
SEGUR. DPVAT





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH000956 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 210522398218 MEXPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 111.139.424-52, residente à RUA CLODOALDO GOMES DE ARAUJO, nº 60, , PENEDO, SAO LOURENCO DA MATA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 05/03/2019, por volta das 21:35 hs, no endereço: AV. BELMIRO CORREIRA, PE, CAPIBARIBE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA TITAN 160 PRETA PCH1308-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA, inscrito sob o CPF nº 111.139.424-52 e Registro Geral nº 210522398218, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710415-4 DIOGENES. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 712519. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

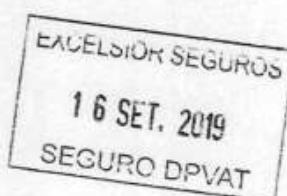
Posição em 16/09/2019

*A autenticidade dessa certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site  
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000956*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000120802-6

---

Nr. da Autenticação 1ED0EFC1531208CF



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471660100000057840206>  
Número do documento: 20030511471660100000057840206

Num. 58813435 - Pág. 13

50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



## BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME:** LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

**1. Ocorrência da Emergência:** 693079

- 1.1 - Atendimentos em: 05/03/19
- 1.2 – Às 22 horas e 30 minutos.
- 1.3 – Internado: SIM
- 1.4 - Retirou-se às hr. e min.

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No.** 712519

- 2.1 – Internado em: 05/03/19
- 2.2 - Alta em: 21/03/19

**3. Hipótese Diagnóstica:** FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA.

**4. Tratamento:** 1) CIRURGIA EM 06/03/19: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + REDUÇÃO + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TIPO TUBO-A-TUBO EM Perna DIREITA.  
2) CIRURGIA EM 20/03/19: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA Perna DIREITA (HASTE INTRAMEDULAR DE TÍbia DIREITA).

**5. Observação:** ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO X CARRO).

DATA: 8.8.2019

HORA: 15:11:58

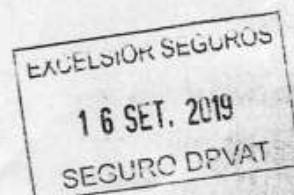
PASTA: 01.08.2019

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2167  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.





**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

ATENDIMENTO: 693079

Prontuário: 712519

Nome: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Data Nasc.: 31/08/1996 Idade: 22 Sexo: MASCULINO Cor:  
CPF: RG: 8740621 CNS:

Endereço: AVENIDA CLODOALDO GOMES DE ARAUJO

Nº: 60

Bairro: PENEDO

Cidade: SAO LOURENCO DA MATA

Estado: PE

CEP: 54715505 Fone: 86724927

Profissão:

Nome da Mãe: JOSETE BEZERRA DA ROCHA BARBOSA

Acompanhante: JOSETE BEZERRA DA ROCHA BARBOSA

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. ENF. MARGARIDA VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO- CARRO

Acidente de Trabalho: Sim  Não

ATENDIMENTO: HOSPITAL

Unidade Principal / HDA:

*Aut. motociclista carro  
atendeu paciente no  
lado esquerdo*

**Histórico do Trauma**

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista: <input type="checkbox"/>	Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura m
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Por que:	

Observações:

**Exame Físico**

A: Geral	Via aérea está pérvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp.: C°
----------	---

**B: Respiratório**

*EXCELSIOR SEGURÓS*

**C: Circulatório**

*16 SET. 2019*

*rel*

PA: X mmm Pulso: bpm:

*SECURÓ DPVAT*

**D: Exames Neurológico**

Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocôricas  Anisocôricas

Glasgow: Abertura Ocular  
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal  
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora  
Escore: Hora:

1 de 2



**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**

**E: Abdômen**

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Tratamento / Procedimentos:

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evadiu-se

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

Informações:

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta  Transferência  Estudo de Caso  Exames Externos:

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta/Retorno:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade e Alta/Pedida:

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

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade e Alta/Pedida:

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

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 05/03/2019 22:30 h CLAUDIOAS

impressão: 05/03/2019 22:30 h CLAUDIOAS

**Médico**

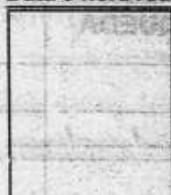


# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 05/03/2019 22:31



Nome Paciente: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 31/08/1996  
Sexo: Masculino  
Idade: 20 ANOS  
Senha: E0022  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 05/03/2019 22:32 - 05/03/2019 22:33

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO-URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE COLISAO MOTO/CARRO HA 1 HORA, EVOLUI COM DOR + LIMITACOES DE MOVIMENTOS EM MID + MSD  
NEGA VOMITOS E DESMAIOS

Observação: TRAZIDO PELO CBM DIRETO DA VIA PUBLICA

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:  
- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 5  
- FREQUENCIA CARDIACA: 78.00 BPM (RÍTMICO)  
- TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:  
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/03/2019 22:33

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471660100000057840206>  
Número do documento: 20030511471660100000057840206

Num. 58813435 - Pág. 17

	Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco H O S P I T A L Getúlio Vargas		FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA				
NOME: _____							
Nº DO REGISTRO:	SETOR:	DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____					
<b>ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.</b> <b>CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.</b>							
<input type="checkbox"/> IDADE > OU IGUAL 65 ANOS <input type="checkbox"/> CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS <input type="checkbox"/> COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE <input checked="" type="checkbox"/> PREJUÍZO DO EQUILÍBrio DA MARCHA <input type="checkbox"/> DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA <input type="checkbox"/> HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGlicemIa) <input type="checkbox"/> OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO/ANESTESIA <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL <input type="checkbox"/> URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA <input type="checkbox"/> PACIENTE CIRÚRGICO							
<b>CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.</b>							
<input checked="" type="checkbox"/> COLOCADO PULSEIRA ROXA		<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA					
<b>ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:</b> <table border="1"> <tr> <td>SIM</td> <td>ASSINATURA (ORIENTADO): _____</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td></td> </tr> </table>				SIM	ASSINATURA (ORIENTADO): _____	NÃO	
SIM	ASSINATURA (ORIENTADO): _____						
NÃO							
<b>RECOMENDAÇÕES:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;</li> <li>Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;</li> <li>Orientar a não trancar portas;</li> <li>Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;</li> <li>Mantér a área de circulação, livre de móveis e utensílios;</li> <li>Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;</li> <li>Estimular o uso de acessórios de apoio;</li> <li>Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;</li> <li>Manter iluminação adequada durante a noite;</li> <li>Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;</li> <li>Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;</li> <li>Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;</li> <li>Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;</li> <li>Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.</li> </ol>							
<b>ENFERMEIRA/COREN:</b> _____ 							
Avenida General Benedito Bentes - Cordeiro Recife/PE - CEP 50.190-060 Fone: 0XX 81 31845600 HGV.1028.V.1.2013.							



Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA Registro: 712519  
Data da operação: 06/03/19

Operador: DR. CARLOS HENRIQUE 1º auxiliar: DR. LEVI GOMES 2º  
auxiliar: DR. FERNANDA MADRUGA MRI

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna  
DIREITA

Cirurgia: LMC + REDUÇÃO + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TIPO  
TUBO-A-TUBO EM Perna DIREITA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia
- 2) Antissepsia + assepsia
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observado fratura em ossos da perna direita com ferimento comunicando foco de fratura com meio externo.
- 5) Limpeza copiosa com SF
- 6) Aposição de fixador externo tubo-a-tubo em perna direita
- 7) Curativo esteril
- 8) Boa perfusão distal após o procedimento

1

Caió Siqueira  
Médico  
CRM/PE 25463



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: Luiz Carlos da Rocha Barbosa      Registro: 712519

Data da operação: 20/03/19

Operador: DR DIOGO CÉZAR    1º auxiliar: DR. ROBSON MR 3

2º auxiliar: DR. KENNET MR3

3º auxiliar: DR ANDRE MR1

#### Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA Perna DIREITA

#### Tipo de operação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA (HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA DIREITA)

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia e antisepsia;
- 3) Aposição de campos operatórios estéreis;
- 4) Realizada incisão mediana infra patelar, dissecção por planos.
- 5) Visualizado o tendão patelar e realizada incisão mediana em tendão patelar a direita;
- 6) Realizada redução incruenta + osteosíntese de tibia com Haste intramedular + 02 parafusos de bloqueio distal + 02 parafusos de bloqueio proximal + 1 parafuso tampão;
- 7) Verificação da redução/posicionamento do implante com fluoroscopia;
- 8) Limpeza com SF0,9%
- 9) Sutura do tendão patelar;
- 10) Realizada sutura de pele;
- 11) Curativo
- 12) Observada boa perfusão distal

(2)

Dr. Andre Cáncio  
Médico  
CRM - PE: 27767





LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA		00712519
693197	MASCULINO	22a 6m 19d

CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

### Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA

:

Tratamento:

06/03/2019: LMC + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR EM TIBIA DIREITA  
19/03/2019: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE TIBIA DIREITA + OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA DIREITA

OBS:

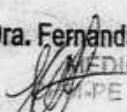
- ORIENTO CARGA ASSISTIDA EM MID;
- PRESCREVO ANALGÉSIA;
- ENTREGO ATESTADO (30 DIAS), DECLARAÇÃO, SOLICITAÇÃO DE MULETAS;
- PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG, 12/12H, 07 DIAS;
- ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE TRAUMA APÓS 15 DIAS.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE COM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
06/03/2019	21/03/2019

Dra. Fernanda Madruga

  
MEDICA  
CRMPE 27987

Recife, 21 DE MARÇO DE 2019

FERNANDA MADRUGA E SOUZA - CRM: Nº.11798

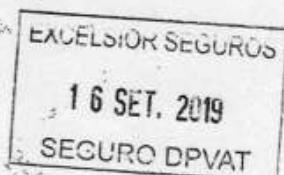
EXCELSIOR SEGUROS  
16 SET. 2019  
SEGURÓ DPVAT

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471660100000057840206>  
Número do documento: 20030511471660100000057840206

Num. 58813435 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 11:47:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030511471660100000057840206>  
Número do documento: 20030511471660100000057840206

Num. 58813435 - Pág. 22