Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

18/03/2020

Número: **0006660-75.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **06/02/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSENALDO VICENTE DE SOUZA (AUTOR)	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59451350	18/03/2020 14:40	2703009_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00066607520208172001

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A, empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 **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 **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**, 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 **26/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 17/04/20119.

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.

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

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 30/09/2015**.**

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT em decorrência de LESÃO NO JOELHO DIREITO EM GRAU MÉDIO (50%) adquirida em 30/09/2015, vindo a receber o valor de R$1.687,50:

[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;

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160086986 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA **Data do acidente:** 30/09/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial lateral direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor à mobilização do joelho direito ao deambular. Ao exame apresenta limitação dos movimentos de flexo-extensão do joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com uso de placa e parafusos. Informa ter realizado 40 sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Paulo Sérgio Muniz

CRM do médico: 5530

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

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: 24/05/2016
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00774
CONTA: 000000064186-4

No presente processo, a parte autora requer novamente indenização pela lesão já indenizada anteriormente, conforme demonstrado acima, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Oportuno salientar que a parte autora requereu indenização em sede administrativa por lesões adquiridas no acidente supostamente ocorrido em 26/07/2018, vindo a receber o valor de R$2.362,50 referente à lesão na tíbia e no fêmur direito, **mesma lesão anteriormente indenizada**:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283435 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA **Data do acidente:** 26/07/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO;
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 17.

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

Sequelas: Com sequela

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

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: 20/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00774
CONTA: 000000064186-4

Nr. da Autenticação B51C2692D7461157

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

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 17/04/20119 após 09 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 26/07/2018, 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!

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, descaracteriza 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[3].

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 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$ 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, apurada a seguinte lesão:

[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)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283435 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA **Data do acidente:** 26/07/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO;
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 17.

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

Sequelas: Com sequela

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

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$ 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 **26/07/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

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: 20/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00774
CONTA: 000000064186-4

Nr. da Autenticação B51C2692D7461157

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].

[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.

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$ 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[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]

---

[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."

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

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

Requer a produção de prova pericial nos termos do covênio 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

---

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

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, 6 de março 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

• 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;

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

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

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 **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**, em curso perante **a 6ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00066607520208172001.

Rio de Janeiro, 6 de março 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

18/03/2020

Número: **0006660-75.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **06/02/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSENALDO VICENTE DE SOUZA (AUTOR)	**VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59451360	18/03/2020 14:40	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2016

Carta n°: 8549945

A/C: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Sinistro:	**3160086986**
Vitima:	**JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**
Data Acidente:	**30/09/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA**

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médico-hospitalar

Pag. 00963/00964 - carta_03

00050482

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2016

Carta n°: 9066770

A/C: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Sinistro:	**3160086986 ASL-0065503/16**
Vítima:	**JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**
Data Acidente:	**30/09/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00093/00094 - carta_02

00060047

Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Josenaldo Vicente de Souza

PORTADOR(A) DO RG Nº 051123 02190 EXPEDIDO POR Detran-PE EM 20/02/15 E

CPF 039907584-46 /CNPJ ___-___-___. PROFISSÃO Auxiliar de laboratório

E RENDA MENSAL DE R$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Josenaldo Vicente de Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

ALANA SEGUROS 03 FEV 2016

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0774 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 64186-4

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

DOCUMENTO 1 "T1%"

Goiana PE, 27 de Janeiro de 2016.
LOCAL E DATA

Josenaldo Vicente de Souza
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

ARUANA SEGUROS
03 FEV 2016

DOCUMENTO 1 "T1%"

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 11A. SECCIONAL - GOIANA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E2116001432**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/10/2015** às **01:27**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **30/9/2015** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, R. MANOEL BORBA, CENTRO** - Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

ARCANA SEGUROS
03 FEV 2016

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
ANDERSON GLEISER DE SOUZA RODRIGUES (NOTICIANTE)
JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA (NOTICIANTE)
A.D.S.R. (Menor de Idade) (VITIMA)
JOSENALDO VICENTE DE SOUZA (VITIMA)

DELEGACIA DE GOIANA
44ª CIRCUNSCRIÇÃO

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA

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

JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ESTELA MILLER** Pai: **SPURGEON MILLER** Data de Nascimento: **5/2/1966** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / OUTRAS / HONDURAS**
Endereco Comercial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 163, EMPRESA SBP ENTRETENIMENTO SITUDADA NA RUA DA MISERICÓRDIA, Nº 163 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Detalhes/Observações: **IDENTIDADE Nº 1102-1966-00010**

ANDERSON GLEISER DE SOUZA RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSANGELA MARIA DE SOUZA** Pai: **JERONIMO PEDRO RODRIGUES** Data de Nascimento: **28/8/1994** Naturalidade: **ALHANDRA / PARAIBA / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 15, VILA BOM TEMPO, QUADRA N, Nº 15 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO CAMPO**

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA** Pai: **JOSE MANOEL DE SOUZA** Data de Nascimento: **11/7/1979** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

A.D.S.R. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSANGELA MARIA DE SOUZA** Pai: **JERONIMO PEDRO RODRIGUES** Data de Nascimento: **17/9/1999** Naturalidade: **ALHANDRA / PARAIBA / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 15, VILA BOM TEMPO, QUADRA N, Nº 15 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO CAMPO**

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**

PERNAMBUCO / BRASIL

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

HONDA/BIZ (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFL5346** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **331629313** Chassi: **9C2JC4830BR009070**

CAMIONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OFC3587** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **93YHSR6R3DJ377797**
Descrição: **RENAUT/DUSTER DE PLACA: OFC 3587/PB**

Complemento / Observação

COMPARECERAM NESTA DELEGACIA OS NOTICIANTES JOSEPH E ANDERSON PARA COMUNICAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, CUJAS VÍTIMAS SÃO AS PESSOAS DE JOSENANDO E ALEX (CONDUTOR E CARONA RESPECTIVAMENTE), AS QUAIS FORAM SOCORRIDAS CONSCIENTES PELO SAMU PARA O HOSPITAL DELARMINO CORREIA NESTE MUNICÍPIO. O SR. JOSEPH CONTA QUE ESTAVA ESTACIONADO QUANDO, AO DAR PARTIDA NO SEU VEÍCULO PARA SEGUIR AO SEU DESTINO, FOI ATINGIDO LATERALMENTE PELO CONDUTOR DA MOTOCICLETA QUE ANDAVA NA CONTRAMÃO. EM CONTRAPARTIDA, O NOTICIANTE ANDERSON, QUE É IRMÃO DE ALEX (UMA DAS VÍTIMAS), FICOU SABENDO QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA JOSENALDO SEGUIA NA MÃO CERTA, MAS PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A COLIDIR NA LATERAL DO VEÍCULO DUSTER QUANDO ESTE ATRAVESSAVA A VIA. AMBOS VEÍCULOS CONTAM COM AVARIAS, TENDO O AUTOMÓVEL FICADO COM A LATERAL AMASSADA E O MOTOCICLETA COM O FAROL DANIFICADO.

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

Josenaldo Vicente de Souza

JOSEPH ROLAND MILLER MOLINA
(NOTICIANTE)

ANDERSON GLEISER DE SOUZA RODRIGUES
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **SHIRNAIDE CHARELL GONÇALVES DE HOLANDA** - Matrícula: **350868-4**

273396-0

DELEGACIA DE GO... 44ª CIRCUNSCRIÇÃO

ARUANA SEGURO
03 FEV 2016

26/01/2016 16:29

DOCUMENTO 3 *T3*

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gonzaldo Vicente de Souza, portador da carteira de identidade nº 5.642.812 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.907.584-46 residente e domiciliado na Rua Vila Bom Tempo, 03, QD. H, Bom Tempo, Cidade Goiana, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

ARUANA SEGUROS
03 FEV 2016

Goiana/PE, 27/09/16
Local e data

Gonzaldo Vicente de Souza
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal

PREFEITURA DE GOIANA
CIDADE DAS OPORTUNIDADES

SAMU 192

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DOCUMENTO 2 *T2%*

Atendendo ao requerimento do Sr.(a): Josenaldo Vicente de Souza

RG: 5642812 SSP-PE CPF: 039.907.584-46, consta em nossos arquivos a ocorrência nº: 559564 do dia 30 de Setembro de 2015

Onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/GOIANA por volta das 23 horas e 40 minutos, vítima de queda de moto.

A ocorrência aconteceu no (a): R. Dr. Manoel Borba (próx. a caixa), onde após os cuidados, a vítima foi removida para Hospital Belarmino Correia.

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

Goiana, 28 de Janeiro de 2016.

Janaina Bezerra A. P
Coordenadora de Enferma
SAMU - GOIANA - PE

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: 24/05/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000064186-4

Nr. da Autenticação 6570A3EF4F9A8587

DOCUMENTO 2 *T2%*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josenaldo Vicente de Souza,

detran:

RG nº 051 1130 2190, data de expedição 20/02/15 Órgão Detran - PE,

CPF 039.907.584-46. Venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro(Rua/Avenida/Praça)	Rua Vila Bom Tempo
Número	03
Apto/Complemento	Qd. M
BAIRRO	Bom Tempo
CIDADE	Goiana
ESTADO	PE
CEP	55900.000
Telefone de Contato	(81) 3011-3224
E-mail	pericias1@mrdpvat.com.br

Por ser verdade, firmo-me.

ARUANA SÉG
03 FEV 2016

Goiana/PE, 27/01/16
Local e data

Josenaldo Vicente de Souza
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal

magazine luiza

CTC RECIFE PE PL8 PC-07

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
R VILA BOM TEMPO QD M 3 CS
BOM TEMPO
55900-000 GOIANA PE

Postagem: 31/12/2015
Vencimento: 13/01/2016
Emissão: 30/12/2015
Fechamento próxima fatura: 08/02/2016

Nacional

Resumo da fatura em R$

Total da fatura anterior	214,74
Pagamento efetuado em 14/12/2015	- 214,74
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	410,99
Total desta fatura	**410,99**

Titular **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**
Cartão **5309.XXXX.XXXX.9614**

Pra que esperar a fatura impressa? Mude já para a Fatura Digital. Acesse magazineluiza.com.br/luizacred > Cartão Luiza > Fatura Digital.

vencimento	pagamento total R$	pgto. mínimo R$	parcelamento R$ sem seguro 24 X	parcelamento R$ com seguro
13/01/2016	410,99	73,98	44,32	Não Disponível

Vide folha explicativa

Limites de crédito R$

Limite total de crédito	1.310,00
Limite utilizado no mês	410,99
Limite parcela	196,50
Retirada de recursos País(saque)	60,00

Lançamentos: compras e saques

JOSENALDO V SOUZA (final 9614)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R$
19/10	FARMACIA REDEMED 03/03 RECIFE	43,34
22/10	ATACADAO DOS ELETR03/04 GOIANA	145,00
22/10	ATACADAO DOS ELETR03/04 GOIANA	26,45
16/12	MAGAZINE LU 01/10	146,20
22/12	DONINA CONFECCOES 01/03	50,00
	Lançamentos no cartão (final 9614)	410,99
	Total dos lançamentos atuais	**410,99**

NADO
DANIEL
DANIEL
DANIEL
NADO

Contigo está comsigo

Facilite sua vida.

Deixe de acumular papel. Mude já! Cadastre-se na Fatura Digital em magazineluiza.com.br/luizacred > Cartões > Opção de recebimento e receba alertas via e-mail e SMS.

Compra presencial
cartão de crédito com chip e senha pessoal intransferível.

Continua...

Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75009 32893.542046 00168.710002 1 000 recibo do pagador
Número do Documento: 00500032893S/0704793

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Louiza Maria Vicente de Souza,

RG nº 5.340.004, data de expedição 07/02/95, Órgão SSP-PE,

CPF nº 612.059.074-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Vila Bom Tempo
Número	03
Apto / Complemento	QD M
Bairro	Bom Tempo
Cidade	Goiana
Estado	PE
CEP	55900-000
Telefone de Contato	(81) 3011-3224
E-mail	pericias1@mrdprat.com.br

ARUANA SEGURO
03 FEV 2016

Por ser verdade, firmo-me.

DOCUMENTO 1 "T1%"

Local e Data: Goiana/PE, 27/01/2016.

Assinatura do Declarante: Louiza Maria Vicente de Souza

magazi

CTC RECIFE PE PL8 PC-07

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
R VILA BOM TEMPO QD M 3 CS
BOM TEMPO
55900-000 GOIANA PE

Postagem: 31/12/2015
Vencimento: 13/01/2016
Emissão: 30/12/2015
Fechamento próxima fatura: 08/02/2016

Nacional

Resumo da fatura em R$

Total da fatura anterior	214,74
Pagamento efetuado em 14/12/2015	- 214,74
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	410,99
Total desta fatura	**410,99**

ARUANA SEGUROS
03 FEV 2016

Titular **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**
Cartão **5309.XXXX.XXXX.9614**

Pra que esperar a fatura impressa? Mude já para a Fatura Digital. Acesse: magazineluiza.com.br/luizacred > Cartão Luiza > Fatura Digital.

vencimento	pagamento total R$	pgto. mínimo R$	parcelamento R$ sem seguro	parcelamento R$ com seguro
13/01/2016	410,99	73,98	24 X 44,32	Não Disponível

Vide folha explicativa

Limites de crédito R$

Limite total de crédito	1.310,00
Limite utilizado no mês	410,99
Limite parcela	196,50
Retirada de recursos País(saque)	60,00

Facilite sua vida.

Deixe de acumular papel. Mude já! Cadastre-se na Fatura Digital em magazineluiza.com.br/luizacred >Cartões> Opção de recebimento e receba alertas via e-mail e SMS.

Lançamentos: compras e saques

JOSENALDO V SOUZA (final 9614)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R$
19/10	FARMACIA REDEMED 03/03 RECIFE	43,34
22/10	ATACADAO DOS ELETR03/04 GOIANA	145,00
22/10	ATACADAO DOS ELETR03/04 GOIANA	26,45
16/12	MAGAZINE LU 01/10	146,20
22/12	DONINA CONFECCOES 01/03	50,00
	Lançamentos no cartão (final 9614)	**410,99**
	Total dos lançamentos atuais	**410,99**

NADO
DANIEL
DANIEL
DANIEL
NADO

contigo está
carissima

Compra presencial
cartão de crédito com chip e senha pessoal intransferível.

Continua...

Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75009 32893.542046 00168.710002 1 000 **recibo do pagador**

Número do documento 00500328935/0704793 Nosso Número 175/00328935-4

DOCUMENTO 2 *T2%*

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

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luiza Maria Vicente de Souza, portador(a) do RG nº 5.340.004, expedido por SSP - PE, em 07/02/95, CPF/CNPJ nº 612.059.074-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Josenaldo Vicente de Souza do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Josenaldo Vicente de Souza, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso - me Renda Mensal: R$ Recuso - me

Documentos comprobatórios:

ALIANÇA SEGUROS
03 FEV 2016

Luiza Maria Vicente de Souza
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Gerência Regional de Saúde – I GERES
Hospital Belarmino Correia

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) ADIRALDO VICENTE DA SILVA portador(a) da identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, ás _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S 82-1, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um periodo de 4 (QUATRO) dias, a partir desta data.

Goiana, 30 / 9 / 15

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 2902 CRM PE 22641

Assinatura e Carimbo do Médico(a)

DOCUMENTO 4 *T4%*

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo _____ o(a)
Dr.(a) _____ a registrar o diagnostico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

_____
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Hospital Belarmino Correia – Praça Correia Picanço, S/N – Goiana/PE
E-mail: hospbelarminocorreia@ig.com.br *Fone: (081)3626-8641*

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA – CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Jorenildo Vicente de Souza

Reg.: 981339 Enf.: 3 Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 04/10/15 DATA DE SAÍDA: 19/10/15

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fx de pelve bilateral

DIAGNÓSTICO FINAL: O mesmo

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): Evoluiu estável após ato cirúrgico.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: Trauto

PARA CONTROLE EM 15 dias

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

105-HGOF

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jorandilio Vicente do Sonja Registro: 981334

Clínica: _____ Procedência: _____

Declara para os devidos fins que o paciente encontra-se desde o dia 03/10/15 está internado no leito 31-1 aguardando cirurgia em posição de alta

12/10/15

Dr. Tale Rolim
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22.509

Data: ___/___/___

Médico-CRM

075-HOF

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX: 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jeovaldo V. de Souza Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Rx de punho D (PA / P)

ARUANA SEGUROS 02 JUN 2016

Ricardo Lyra de Oliveira
CRM 15.105
Ortopedista / Traumatologista

Data: __/__/____ _____
Médico-CRM

075-HOF

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jeovaldo Vieira Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

1) Punho D — 1cx
Lista, 6/6h, redor

Data: 19/10/15 _____
Dr. José Rizzo Vasconcelos
Traumatologia e Ortopedia
CRM-PE 1336
Médico-CRM

075-HOF

** SES/FUSAM **
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: Ortopedia PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: Jorenildo Vicente
PRONTUÁRIO Nº: 981339 ALTA HOSPITALAR EM: 19/10/15
RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: Ortopedia EM: //
MÉDICO: Juelho COM: 15 DIAS.
MOTIVO:
RECIFE, 19/10/15

Dr. José Fidelis do Nascimento
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PE 21361

Assinatura do responsável e carimbo

Visto – Chefia do Ambulatório

OBS.:
A) ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
B) TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
C) SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AO AMBULATÓRIO (1° RETORNO).

011-HGOF

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Jorivaldo Vicente de Souza

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 30 (Trinta) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

a) Diagnóstico Fratura de Pilão Tibial

b) Tratamento Cirurgia

Deverá retomar ao Ambulatório de: Ortopedia

Com 15 dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOF — 19/10/15

HOSPITAL/AMBULATÓRIO — LOCALIDADE/DATA

Ass. do Médico — CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jesenaldo Vicente de Souza Registro: 981339
Clínica: Traumato Procedência: Auto

À Perícia Médica:

Paciente internado neste HOF em 04/10/15 c/ fratura do platô tibial lateral D que foi operada e fixada c/ placa e parafusos. Recebeu alta hospitalar em 19/10/15. Não pode fazer carga no MID por no mínimo 60 dias. Necessita fisioterapia. Tempo estimado p/ alta ambulatorial é de 120 dias.

Data: 29/10/15

Médico-CRM

075-HOF

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

PREFEITURA DE GOIANA
SECRETARIA DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Goiana
Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social

Posto Médico de: Bom tempo

Mat.: _____ Pront.: _____

Paciente: Josenaldo Vicente De Souza

Residência: _____

Solicito

Fisioterapia Motora
(20 sessões)

MD: Fratura de platô tibial.

Andréa Raquel Ramirez Bento
CRM/PE 26004042

Data: 9 / 11 / 2015

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Guia de Esclarecimento

...ade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA REGIÃO : XII GERES

...: [illegible] Sexo: [illegible] Cor: [illegible] Estado Civil: [illegible] Profissão: [illegible]

...ereço: [illegible]

...ada às: 00:32 horas do dia 04 de 10 de 15

...ase Principal: TUMOR DE JOELHO (D)

...storico do doente atual: [illegible]

...mas e Sinais: DOR + IMPOTÊNCIA FUNCIONAL JOELHO (D)

...otese Diagnostica: TUMOR DO PLATÔ TIBIAL (D) CONFIRMADO

...scrição: MALIGNO (D) [illegible]

...erminamento a (o): MAIOR ARUANÃ às 00:30 do dia 04 de 10 de 2015

...servação: [illegible]

...a internada para observação clinica por [illegible] nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

Ass. Médico – CRM: Carimbo ou Nome do Medico em letra de forma

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro:	Data e Hora de Atendimento:	Prontuário Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada:
2015/EC004397	30/09/2015 23:46		Emergencia Cirurgica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: Registro SUS:
138725 JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Nascimento: *11/07/1979* Idade: *36* Sexo: *Masculino* Cor: *Branca*

Estado Civil: *Solteiro(a)* Profissão: *ANALISTA* Naturalidade: *GOIANA-PE* Nacionalidade: *BRAS*

Documento de Identidade: *NI*
Filiação: *LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA*

Endereço (Av., Rua, etc.) : *RUA BOM TEMPO Q M N 03* Complemento:

Bairro : *CENTRO* Cidade: *GOIANA* UF: *PE* Telefone: *92316901*

Acompanhante: *MAE*

Ocorrência: *ACIDENTE DE TRÂNSITO* – *Act. Moto (Queda, Colisão)* Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
O ACIDENTE FOI NO COMERCIO PERTO DACAIXA ECONOMICA

Procedência: *VIA PÚBLICA* Meio de Transporte: *SAMU*

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:
( ) Febre ( ) Vômito ( ) Dificuldade de respirar ( ) Tosse
( ) Taquicardia ( ) Convulsão ( ) Desmaio ( ) Tonturas ( ) Fraqueza ( ) Confusão
( ) Fadiga ( ) Distúrbios visuais ( ) Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
( ) Dor. Local
( ) Queixa urinária
( ) Sangramento. Loc:
( ) Outras queixas:

Encaminhamentos
( ) Clínica Geral
( ) Pediatria
( ) Cirurgião
(x) Ortopedista
( ) Serviço Social
( ) Maternidade
( ) Enfermagem
( ) Outros

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos
( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Problemas cardíacos ( ) Asma Bronquite ( ) Alergias
( ) Tuberculose ( ) Convulsão ( ) Tabagismo ( ) Enfisema ( ) Alcoolismo ( ) A.V.C
( ) Outros:
( ) Uso de medicamentos:

Classificação:

Sinais Vitais
P.A. _____ x _____ mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2018

Exames Diagnósticos auxiliares
( ) Glicemia Capilar _____ mg/dl

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA) Queda de moto sem capacete. Glasgow 15 tem ferida de face

Exame Físico: Peso: _____ kg
① Valtan 75 1m 8 ossos
② Rx joelho D AP/Perf
③ Melhora de hemato após Rx

Hipótese diagnóstica / conduta

Código de Atendimento: **CID 10:**

0301060081
0301100012

Continuação ...

1/ SRL 1.000 AV (LENTO)
2/ TRAUM MAIS HO JOAO (LENTO)
3/ ORTOPEDIA MAIS HJS AV

4/ CURATIVO
5/ TALA TIPO TUBO

6/ SAT OU TELEMONITORAMENTO MAIS
7/ HAT MAIS (M)

FUTURA DO PUTIAN TERAP (D) CONTINUA
ENCAMINHO AO MIGUEL ARCHAS PARA
INTERNAÇÃO E TRATAMENTO CONCLUSO.

Evolução Enfermagem ....

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2018

Médico - CRM

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Hospital: MIGUEL ARCHAS | Senha:

Cadastramento 30/09/2015 23:47:47 LUCIANA | Impressão : 30/09/2015 23:57:09 LUCIANA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Gerência Regional de Saúde – I GERES
Hospital Belarmino Correia

ATESTADO MÉDICO

Atestó para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) [illegible] portador(a) da identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, ás_____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S 82.1, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 4 (quatro) dias, a partir desta data.

Goiana, 30 / 9 / 15

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6962 CRM PE 22641
TEOT 32343

Assinatura e Carimbo do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu,_____
autorizo_____o(a)
Dr.(a)_____ a registrar o diagnostico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

_____
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Hospital Belarmino Correia – Praça Correia Picanço, S/N – Goiana/PE
E-mail: hospbelarminocorrela@ig.com.br *Fone: (081)3626-8640*

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

Visto NEPL 22.10.15

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 440225 **Prontuário:** 981339

Nome: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
Data Nasc.: 11/07/1979 **Idade:** 36 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:** 129982514570006
Endereço: VILA BOM TEMPO QUADRA M **Nº:** 3
Bairro: CENTRO **Cidade:** GOIANA **Estado:** PE
CEP: 55900974 **Fone:** 558194555976 **Celular:**
Acompanhante: **Profissão:**
Nome da Mãe: LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA
Nome do Conjuge:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRÓTESE REVISADO ATÉ 21/10/15 Walden

2 - ATENDIMENTO **Data:** 20/10/2015 21:46 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:
Queda de moto há 1 dia em pé com dor ⊖

Exame Físico: **PA:**____ **FC:**____ **FR:**____
Rx
dor e edema no membro de baixo e demais sem alterações

Diag. Provisório: Fratura de Platô Tibial ⊖

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

Prescrição: **Dieta:**

Data		Horário
	Internação	

AL OTAVIO DE FREITAS

da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

0/2015 21:50

Nome Paciente:	JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
Cód. Paciente:	981339
Data de Nascimento:	11/07/1979
Sexo:	Masculino
Idade:	36
Senha:	EA0076
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	440225

03/10/2015 21:50 - MARTA JULIA VASONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:	VERDE - POUCO URGENTE
Cor:	[redacted] VERDE
Queixa Principal:	TRAUMA EM MID HÁ 5 DIAS. IMOBILIZADO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO.
Observação:	-
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	- EVENTO RECENTE?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Alergia(s):	-
Sinais Vitais Lidos:	-

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

Acolhido(a) por: MARTA JULIA VASONCELOS SILVEIRA NETTO
Data: 03/10/2015 21:50

C. Cirurgia
trauma.

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SUMÁRIO SOCIAL

NOME: Jonathan Vicente de Souza DN. 11/07/79
IDADE: 39. TELEFONE: 81-99231-6901 - (Mãe).
RESPONSAVEL: Luiza Maria Vicente de Souza (Mãe).
ENDEREÇO: Vila Bom tempo, 3, Centro Goiana
PONTO DE REFERENCIA: Próximo ao Supermercado Bianchi e Posto de Saúde.
INFORMES: SUS 129 9825 1457 0006, Paciente solteiro, mora com os pais e irmão, analista biológico; vítima de Acidente de trânito. Quer avisar e entregar autógrafo p/ acompanhante.

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

Nilton Anderson Santos Oliveira
Assistente Social
CRESS 8ª Região

04/10/15
ASSISTENTE SOCIAL / DATA

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS | Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Josenaldo Vicente

CLÍNICA: | ENF.: | LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
04/10/15	09:05	Enfermagem # Paciente evolui E.G.R. consciente, orientado, eupnéico, afebril ao toque, dieta V.O, c/HD fratura platô tibial D, antigo HAS, DM, alérgico a medicações, aguardando vaga p/ hospital de concórdia e aos cuidados de enfermagem # — Edjane 316636
	18:00	Enfermagem # diga em tempo encaminhado para trauma posto III leito 31.1 — Edjane 316636
04/10/15		Paciente urgência HGR consciente, orientado, SSVV estáveis, Dieta VO, AVP, EVP. Dr. Felipe Enfermeiro CORREN - PE 310841
4/10/15		Paciente evolui HGR consciente orientado. SSVV estáveis. Dieta VO. AVP - EVP. Dr. Felipe Enfermeiro CORREN - PE 310841

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

H.O.F. - TOMOGRAFIA
TIPO DE EXAME TC
Joelho DIR C/C
DATA 04/10/15
ASS

003-HGOF

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	29/10	Enfermagem
		Pcte: Cirurgia de UTI (E) Joelho AVP: em MS Aceita Dieta oral faz uso de fala. O paciente vai para transferência. MA P/TT Seg. SSP.
		Edinaldo Silva Enfermeira COREN 395273-PE
30/10/15		Paciente EGR consciente orientado, responsivo SVA dentro dos critérios de enfermagem e segue em observação
		Adriana Lopes Enfermeira COREN-PE 11933
	31/10	Enfermagem
		Pcte: Cirurgia de UTI (E) faz uso de fala, segue AVP. Resultado de exame tac. para informar. Aceita dieta oral. Segue SSP.
		Edinaldo Silva Enfermeira COREN 395273-PE
		ARUANA SEGUROS 02 MAI 2016
13/11/20	113	Paciente EGR consciente orientado, responsivo SVA dentro dos critérios de enfermagem e segue em observação
		Adriana Lopes Enfermeira COREN-PE

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS | Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Josenaldo Vicente

CLÍNICA: | ENF.: 31 | LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	14/10	Fisioterapia motora (03.02.05.001-9) # Fratura platô tibial direito # Realizado cinesioterapia ativa / ativo-assistida nos membros
		Gusmão Fisioterapêuta CREFITO. 42975-F
	15/10	Enfermagem
		Pac. S/: Ao: limpeza de leito e troca com higiene. Mantido SVD em uso. Aguarda dieta [illegible] para fazer uso de [illegible]
		Enfermeira COREN 395273-F
	15/10/15	Fisioterapia Motora (0302050001-9) Paciente encontrava-se dormindo. Não houve atendimento
		Lucia Lôbo Fisioterapêuta CREFITO 75763-F
		ARUANA SEGUROS 02 MAI 2016
16/10/15		Paciente EBS2 encaminhado pelo setor [illegible]

003-HGOF

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
	17h10	Fisioterapia Ambulatorial (03.02.05.001-9)
		Paciente no 3º DPO sem quinas.
		Realizado curso Fisioterapia ativa
		AAHE, exercícios pelvis e bacia
		pélvica.
		Andreza Cusmão Fisioterapeuta CREFITO 42092F
		ARUANA SEGUROS 02 MAI 2018

SES/PUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

AT 440260

NOTA DE SALA DE CIRURGIA/CENTRO CIRÚRGICO

Nome: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
Data: 18/03/20 Registro: 981339
Cirurgião: JOSÉ LUIZ Sala: 02
Instrumentador: BRUNA Auxiliar: RRS Emergência: Sim ( ) Não (X)
Anestesia: Analgesia ( ) Bloqueio ( ) Local ( ) Peridural ( ) Raque (X) Sedação (X) Anestesista: CLÁUDIA
Circulante: MURILLO
Cirurgia: FRATURA DISTAL DO FÊMUR

QTD	Medicamentos	QTD	Materiais	QTD	Materiais
	Adrenalina ampola		Agulha 13 x 4,5 Unid.		Algodão Sem Agulha
04	Água bidestilada 10ml amp.	01	Agulha 25 x 07 Unid.		Algodão Com Agulha
	Água bidestilada 500ml FA	02	Agulha 40 x 12 Unid.		Cat Gut Cromado nº
	Aminofilina ampola		Agulha p/peridural Nº		Cat Gut Simples nº
	Amicacina	01	Agulha p/Raqui Nº 27		Seda nº
	Atropina ampola		Alg. Ortopedia(grm)	02	Monofilamento nº 2-0
	Bicarbonato de Sódio	04	At. de Crepe CM 15		Monofilamento nº
	Cloreto de Sódio		Cat. Subclávia Adulto		Fita Cardíaca
	Decadron		Cat. Subclávia Pediátrico		Prolene nº
	Diclofenaco de Sódio		Cateter Peridural		Vicryl nº
	Diprona		Coletor Sist. Aberto		
	Diprivan (Propofol) amp.		Coletor Sist. Fechado		ORTOMEDICA
	Dopamina		Compressa Cirúrgica	01	PUCA L 5X
	Efortil ampola		Dreno Laminar Nº		
	Etrane (ML)		Dreno Penrose Nº	04	DAPROT COAT
	Fenergan		Dreno de Sucção Nº		
	Flagyl (Metronidazol) TB		Dreno Torácico Nº	02	H RSP
	Forane (ML)	02	Equipo Macrogts/microgts		
	Glicose	10	Esparadrapo Ant. CM		
	Gluconato de Cálcio	06	Esparadrapo Imperm. CM		
	Halotano (ML)	04	Gase		
	Heparina	02	Compressa c/04 Unid.		
	Hidrocortisona	02	Lâmina Bisturi Nº 22 + 11		
	Hioscina	02	Luva Cirúrgica 7,0		
	Hypaque	02	Luva Cirúrgica 7,5	03	NYLON 3-0
	Isoflurane (ML)		Luva Cirúrgica 8,0		
	Kefazol 1g		Luva Para Procedimento		
	Keflin 1g	06	Máscara		
	Lasix		S. Endotraqueal C/B Nº		
	Manitol (3%) / (20%)		S. Endotraqueal S/B Nº		
	Miosolina		Seringa 01cc		
	Neocaina 0,5% C/A	01	Seringa 05cc		
	Neocaina 0,5% S/A		Seringa 10cc		
	Neocaina 5% pesada	02	Seringa 20cc		
	Pavulon amp.	02	Seringa 60cc		
	Plasil amp.		Sonda Asp. Traqueal Nº		
	Prostigmine amp.		Sonda Foley Nº		
	Ranitidina		Sonda Nasogástrica Nº		
	S. Fisiológico 0,9% 1000ml		Sonda uretral Nº		
	S. Fisiológico 0,9% 500ml		Sonda Retal Nº		
	S. Glicosado 5% 500ml		Surgicel Unid		
	S. Glicosado 10% 500ml		Tela Prolene CM		
	S. Ringer Lactato 500ml	06	Turbante / Touca		
	Tilatil 40mg FA	01	Jelco nº 18		
	Tracrium amp.		Liga Clip nº 300		
	ANTIEMÉTICOS		Liga Clip nº 400		
	Dimorf 10mg amp.		Xylocaina Geleia		
	Dolantina amp.		Xylocaina Spray		
	Dormonid 15mg amp.	02	Torneirinha 3 vias		
	Lanexat amp.		Bolsa de Colostomia		
	Raplifen amp.		Atadura Gessada		
	Valium 10mg amp.	01	Eletrodos		
	ASSÉPTICOS		Traqueóstomo		
	Água Oxigenada (ML)	01	Cateter Nasal		
	Álcool 70% (ML)		Cera para Osso		
	Álcool Iodado (ML)	01	PLATINAPELL		
	Clorexidina				
	Detergente Enzimático				
	Éter (ML)				
	PVPI Degermante (ML)				
	PVPI Tópico (ML)				
	Tintura Benjoin (ML)				

HORÁRIO	
CIRURGIA	
10:20	
ANESTESIA	
10:00	

EQUIPAMENTOS	HORÁRIO		
Artroscopia			
Arco Cirúrgico			
Bisturi Elétrico			
Capnógrafo			
Monitor Cardíaco			
Oxímetro			
Vídeo			

** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA – CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Jornaldo Vicente de Souza

Reg.: 981339 Enf.: 3 Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 04/10/15 DATA DE SAÍDA: 19/10/15

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Ex de pleito tubal

DIAGNÓSTICO FINAL: O mesmo

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): Evoluiu estável após ato cirúrgico.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: Velho

PARA CONTROLE EM 15/dia

MÉDICO RESPONSÁVEL / CRM

105-HGOF

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Apriglio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jeserualdo Vicente de Souza Registro: 931334
Clínica: Traumato Procedência: Amb

À Perícia Médica:

Paciente internado neste HOF em 04/10/15 c/ fratura do platô tibial lateral D que foi operada e fixada c/ placa e parafusos. Recebeu alta hospitalar em 19/10/15. Não pode fazer carga no MID por no mínimo 60 dias. Necessita fisioterapia. Tempo estimado p/ alta ambulatorial é de 120 dias.

Data: 29/10/15

Médico-CRM

075-HOF

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2018

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Jorivaldo Vicente de Souza

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 30 (Trinta) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, poe motivo de doença.

a) Diagnóstico Fratura de Pilão tibial

b) Tratamento Cirurgia

Deverá retornar ao Ambulatório de: Ortopedia

Com 15 dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOF — 19/10/15

HOSPITAL/AMBULATÓRIO — LOCALIDADE/DATA

Ass. do Médico CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jonatilde Vicente de Souza Registro: 981334

Clínica: Procedência:

Recebe para os devidos fins que o paciente encontra-se desde o dia 03/10/15 está internado no leito 31-1 aguardando cirurgia em posição de alta

12/10/15

Dr. Tale Rolim
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22.808

Data: ___/___/___

Médico-CRM

075-HOF

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jeovaldo V. de Souza Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Rx de punho D (PA / Lat)

Ricardo Lyra de Oliveira
CRM 15.105
Ortopedista / Traumatologista

Data: __/__/__ _____
Médico-CRM

075-HOF

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jeovaldo Vieira Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

1) Dipirona 1g — 1cx
1cp, 6/6h se dor

Data: 19,10,15 _____
Dr. José Ricardo Barbosa
Traumatologia e Ortopedia
CRM-PE 2.179
Médico-CRM

075-HOF

** SES/FUSAM **
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: Ortopedia PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: Jorenildo Vicente

PRONTUÁRIO Nº: 921339 ALTA HOSPITALAR EM: 19/10/15

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: Ortopedia EM: 7/1

MÉDICO: Jaelho COM: 15 DIAS.

MOTIVO:

RECIFE, 19/10/15

Dr. José Ricardo Nascimento
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PE 21361

Assinatura do responsável e carimbo

Visto – Chefia do Ambulatório

OBS.:

A) ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;

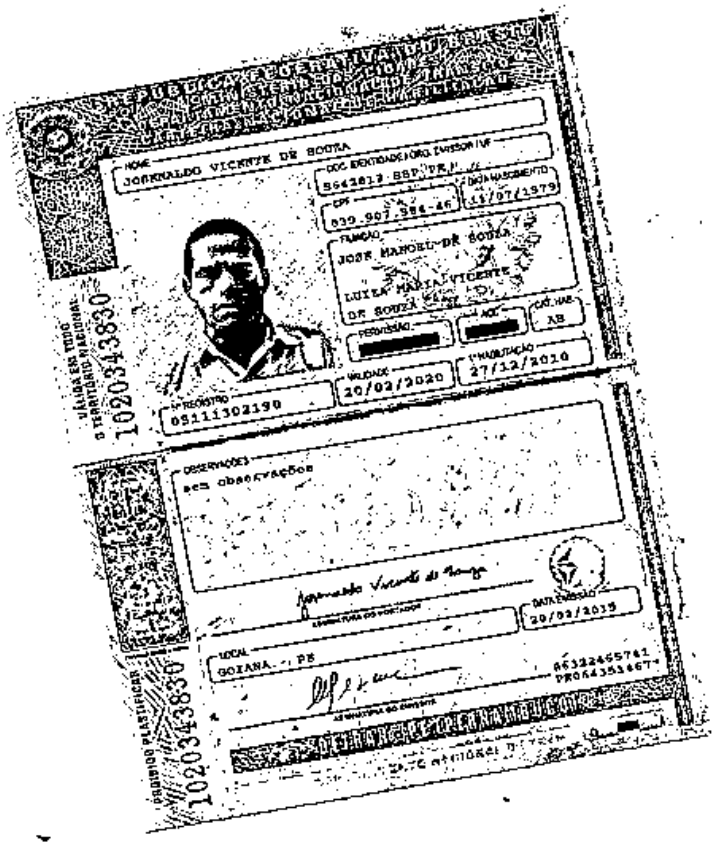
B) TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;

C) SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

011-HGOF

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

DOCUMENTO 5 *T5%*



NOME
JOSERALDO VICENTE DE SOUZA

DOC IDENTIDADE/ORG EMISSOR/UF
8642813 SSP/PB

CPF
039.907.984-46

DATA NASCIMENTO
11/07/1979

FILIAÇÃO
JOSÉ MANOEL DE SOUZA
LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05111302190

VALIDADE
20/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
27/12/2010

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10203438330

OBSERVAÇÕES
sem observações

DATA EMISSÃO
20/02/2015

LOCAL
GOIANA - PB

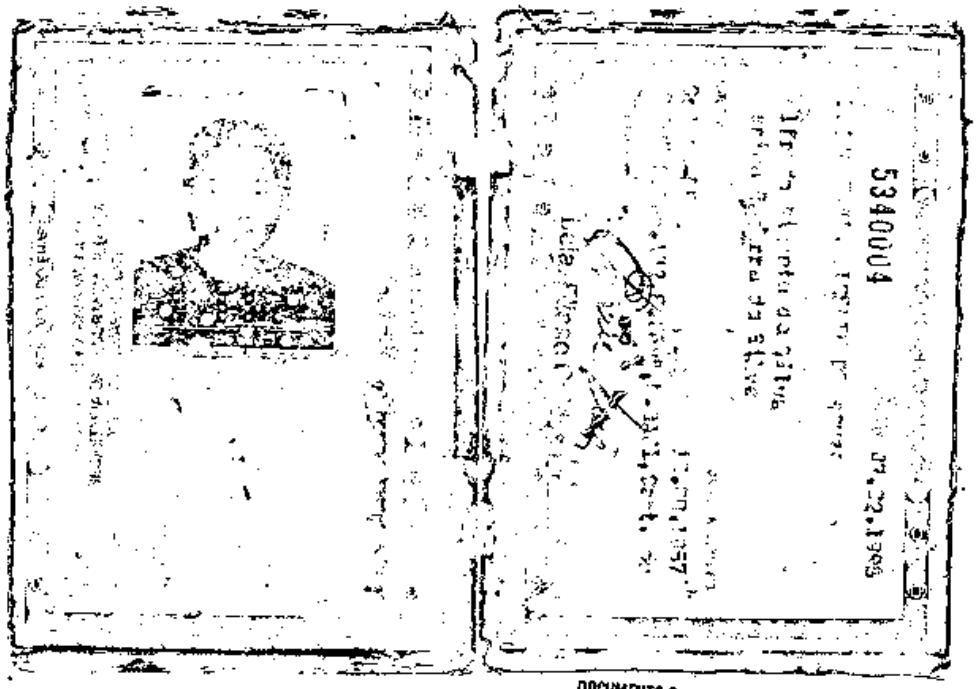
05322465741
PR0643531667

PROIBIDO PLASTIFICAR

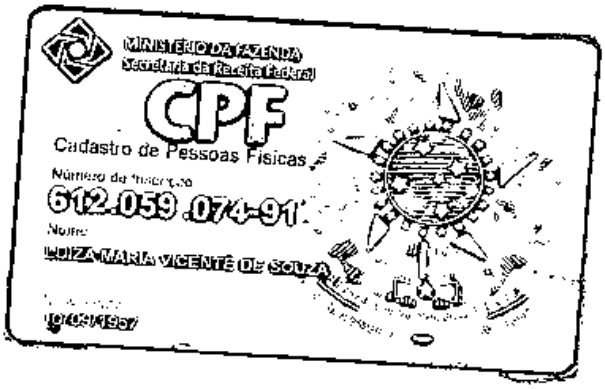
10203438330

03 FEV 2016

ARUANA SEGUROS
03 FEV 2016



DOCUMENTO 3 "T3%"



ARUANA SEGUROS
03 FEV 2016

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012210297577

VIA	COD RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCICIO
1	331629313	**********	2015

NOME
JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

GOIANA-PE

CPF CNPJ	PLACA
039.907.584-46	PFL5846

PLACA ANT. UF	CHASSI
******* /PE	9C2JC4830BR009070

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTONETA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 EX	2011	2011

CAP. POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/124CL	PARTIC	AMARELA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2015 QUITADO		1ª ********
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO COTAS	2ª ********
1	**********	3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES
AL. EID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

GOIANA
DATA 04/08/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012210297577 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

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

GOIANA-PE

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2015	04/08/15

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	039.907.584-46	PFL5846

RENAVAM	MARCA / MODELO
331629313	HONDA/BIZ 125 EX

ANO FAB.	CAL INFR.	Nº CHASSI
2011	09	9C2JC4830BR009070

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.

DOCUMENTO 6 "T6%"

ARUANA SEGUROS
03 FEV 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160086986 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA **Data do acidente:** 30/09/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura de MID.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160086986 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA **Data do acidente:** 30/09/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial lateral direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor à mobilização do joelho direito ao deambular. Ao exame apresenta limitação dos movimentos de flexo-extensão do joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com uso de placa e parafusos. Informa ter realizado 40 sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Paulo Sérgio Muniz

CRM do médico: 5530

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

DOCUMENTO 4 *T4%*

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Identidade: 5642812 CPF: 039907584-46 Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: ANALISTA LABORATORIO End: VILA BOM TEMPO QUADRA M Nº 03 GOIANA-PE

Outorgado: LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

Identidade: 5340004 CPF: 612059074-91 Estado Civil: CASADA

Profissão: End: VILA BOM TEMPO QUADRA M Nº 03, GOIANA-PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Identidade: 5642812 CPF: 039907584-46

GOIANA, 26 de JANEIRO de 2016.

CARTÓRIO DE Maria Helena

ARUANA SEGUROS
03 FEV 2016

Josenaldo Vicente de Souza

Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício/Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Borba nº 136 Fone/Fax: (81)3564 0131 - (81)3564 0141 Goiana - PE - e-mail: cartorio2oficio@yahoo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA. Dou fé. Goiana, 26/01/2016 15:57:57.
Em testemunho da verdade.
A tabelia. Emol.R$:3.21, TFDJ:0,73, FERP:0,37 Total:4,31 Selo: 097.028.152120150103
consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***JOSENALDO VICENTE DE SOUZA*** **Sinistro:** ***3160086986*** **Data:** ***30/09/2015***

Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA VILA BOM TEMPO, 3, QD M - BOM TEMPO - Goiana - PE - CEP 55900-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SDS /PE***] ***5642812***

Data local do exame: [***18/05/2016***] ***Recife*** [***PE***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do platô tibial lateral direito. Vítima refere dor à mobilização do joelho direito ao deambular. Ao exame apresenta limitação dos movimentos de flexo-extensão do joelho direito.

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico com uso de placa e parafusos. Informa ter realizado 40 sessões de fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

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

Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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):
Joelho direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(***X***) 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

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

( ) Total = "100% da IS"

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

Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

18/03/2020

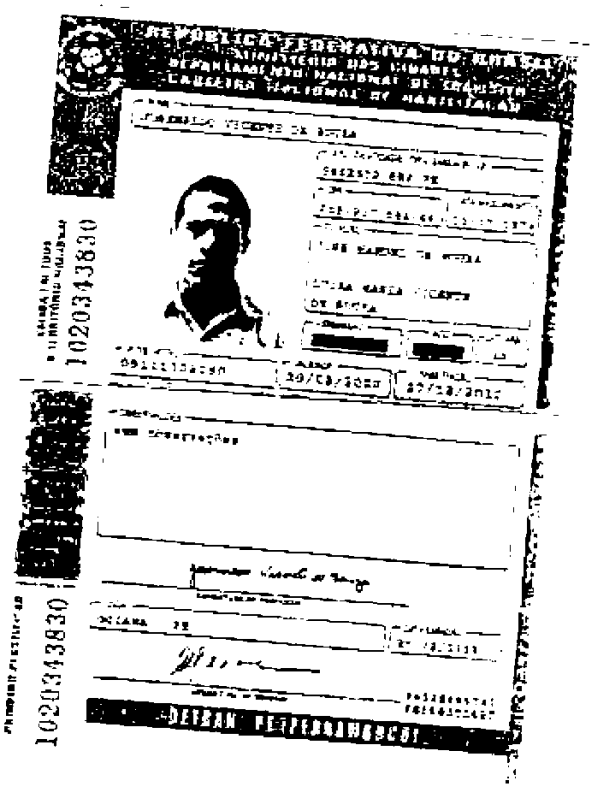
Número: **0006660-75.2020.8.17.2001**

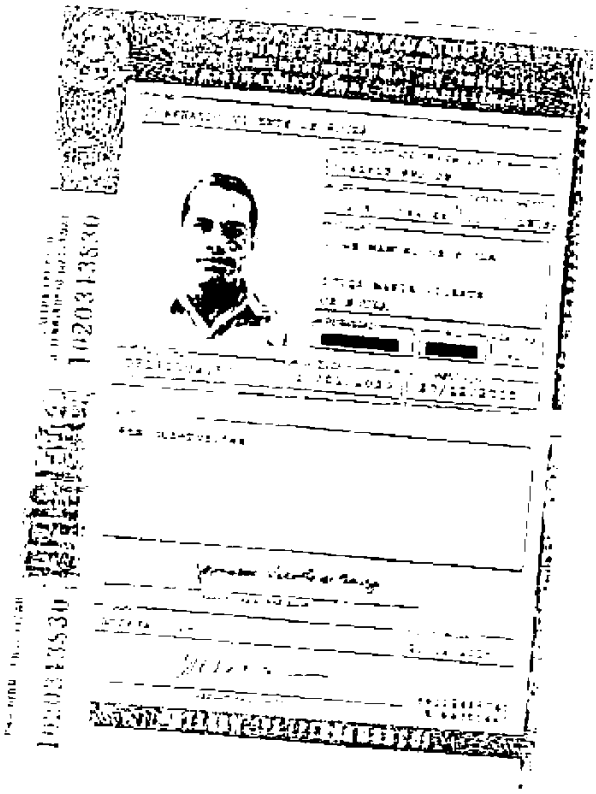
Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **06/02/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSENALDO VICENTE DE SOUZA (AUTOR)	**VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59451361	18/03/2020 14:40	ANEXO 2	Outros (Documento)


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1020343830
1020343830



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5642813 SSP PE

CPF
039.907.584-46

DATA NASCIMENTO
11/07/1979

FILIAÇÃO
JOSE MANOEL DE SOUZA
LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO
05111302190

VALIDADE
20/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
27/12/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANA - PE

DATA EMISSÃO
20/02/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

56322465741
PE064351467

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
10203443830

PROIBIDO PLASTIFICAR
10203443830

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 013727194749
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1 | 031629313 | ********** | 2010

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

GOIANA - PE 0

029 907 584-46 PFL5846

******* /PE 9C2JC4830BR009070

PAS /MOTONETA ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 EX 2011 2011

ZP/124CL PARTIC AMARELA

IPVA 2010 QUITADO

1 ********

2 ********

3 ********

SEGURO PAGO

AL PTO ADM CONS BAC HONDA LTDA

GOIANA 26/03/10

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor, Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727194749 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

0

GOIANA PE 2010 26/03/10

1 029.907 584 46 PFL5846

031629313 HONDA/BIZ 125 EX

2011 09 9C2JC4830BR009070

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
NÃO HÁ 2ª VIA POR TERMO CARTORIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283435 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA **Data do acidente:** 26/07/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO;
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 17.

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

Sequelas: Com sequela

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283435 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA **Data do acidente:** 26/07/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO;
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 17.

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

Sequelas: Com sequela

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 superiores	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-0133168/19

Número do Sinistro: 3190283435

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Data do acidente: 26/07/2018

CPF: 039.907.584-46

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA : 039.907.584-46

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 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: 24/04/2019
Nome: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
CPF: 039.907.584-46

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133168/19

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Data do acidente: 26/07/2018

CPF: 039.907.584-46

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA : 039.907.584-46

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 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: 18/04/2019
Nome: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
CPF: 039.907.584-46

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133168/19

Número do Sinistro: 3190283435

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Data do acidente: 26/07/2018

CPF: 039.907.584-46

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA : 039.907.584-46

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 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: 29/04/2019
Nome: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
CPF: 039.907.584-46

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283435 **Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**

Data do Acidente: 26/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

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. 00357/00358 - carta_01 - INVALIDEZ

00020179

Carta nº 14215685

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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283435
Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
Data do Acidente: 26/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00777/00778 - carta_03 - INVALIDEZ

00050389

Carta nº 14220859

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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283435
Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
Data do Acidente: 26/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00175/00176 - carta_03 - INVALIDEZ

00080088

Carta nº 14230963

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, 25 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283435 **Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**

Data do Acidente: 26/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

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 superiores 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: **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000000774**
Conta: **0000064186-4**
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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01639/01640 - carta_30 - INVALIDEZ

00010820

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

[illegible] ☐ DAMS [illegible] ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

[illegible]

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

[illegible]

ANEXAR CÓPIA

[illegible]

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

☐ [illegible] ☐ CONTA CORRENTE

☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible]

NOME DO BANCO

CONTA ☐ AGÊNCIA CONTA

INVALIDEZ PERMANENTE

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

[illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible]

[illegible]

[illegible]

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DE IDENTIDADE OFICIAL E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA [illegible]


CAIXA
POUPANÇA
4392 6718 0982 3780
JOSENALDO VICENTE SOUZA
0774 013 00064186-4
10/24
VISA

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAAPORA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº. 193/2019

Hora e data do ocorrido: dia 26/07/2018
Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento:
Local do ocorrido:

COMUNICANTE DA OCORRÊNCIA:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

Requer registro de Ocorrência e respectiva Certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

COMUNICANTE

Agente de Investigação

LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

[illegible] ☐ [illegible] ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

[illegible]

[illegible] DES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA ÍNTIMA/BENEFICIÁRIOS: CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

[illegible]

ANEXAR CÓPIA [illegible]

[illegible]

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

[illegible] ☐ CONTA CORRENTE [illegible]

[illegible] Nome do BANCO [illegible]

[illegible] [illegible] ☐ [illegible]

AGÊNCIA [illegible] CONTA [illegible] AGÊNCIA [illegible] CONTA [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

[illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

[illegible]

TESTEMUNHAS

[illegible]

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE [illegible] COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DETALHADO

Prefeitura Municipal de Caaporã
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

PREFEITURA DE CAAPORÃ

SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	Nº da Ocorrência	Nº Equipe	Plantão	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
07/18	2172517	USB / USA / EMT 47	☒ Dia ☐ Noite	13 00 Hs	13 15 Hs

Nome do Paciente: Gerivaldo Duarte de Souza | Idade: 39 | Sexo: ☒ Masc ☐ Fem | Telefone:

Local da Ocorrência: ☐ Cupissura ☐ Taquara ☒ Pitimbu ☐ BR 101 ☐ Açaú ☐ Outro

Motivo: Trânsito - Entrada de veículo leve | Setor: Cinco Pontas | Médico Regulador: Durant

Unidade de Urgência no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três
Quem chegou no local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ EPTRAN ☐ Outro

Vítima: ☐ Socorrido por Populares ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro

Destino do Paciente: ☐ Atendido no Local e Liberado ☒ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local | Quando Chegou o atendimento

Traumato (Ortotrauma)
Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO OBSTÉTRICO

☐ TRANSPARÊNCIA
Hospital de Origem: _____
Responsável: _____
Hospital de Destino: _____
Responsável: _____

LESÕES EXTERNAS
Mecanismo de Trauma
☐ Colisão carro x moto
☒ Queda de moto
☐ Atropelamento por: _____
☐ Queda carro x carro
☐ Desmaio
☐ PAF
☐ FAF
☐ Agressão física
☐ Arma branca
☐ Queda - Altura aproximada: _____
☐ Soterramento / Desabamento
☐ Choque Elétrico

ANTECEDENTES
☐ AIDS
☐ Alcoolismo
☐ AVC
☐ Convulsões
☐ Diabetes
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença infecto-contagiosa
☐ Doença Mental
☐ Doença Renal
☐ Droga
☐ Hipertensão Arterial
☐ Internamentos Anteriores
☐ Problemas Respiratórios
☐ Medicamentos de uso Contínuo
Quais? _____

DADOS VITAIS: PA 110 X 80 | FC 92 | FR 22 | HGT 140 | SpO2 - S-02 99% | SaO2 - O-02

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem: _____
Intervenção: Imobilização + AVP + Medicamento (administração)
Evolução de Enfermagem: Paciente consciente e orientado, vítima de queda de moto, apresenta uso de capacete sem lesão aparente. Fratura exposta de tíbia e fíbula esquerda em MMSS. Paciente estável de trauma administrado medicação. Mediante solicitação da regulação é encaminhado ao Ortotrauma (Mangabeira).

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
Tramadol 40mg + Dexametasona 4mg

2 - VIA AÉREA:
☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Broncoaspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:
☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hábito tísico

3 - CIRCULAÇÃO
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Pálida ☐ Cianótica ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS
☒ Não ☐ Sim - Local _____

3.2 - PERFUSÃO
☒ Normal ☐ Retardada (>2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
ECG: _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encaminhado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☒ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro _____
Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Ação Desorientada ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão	☐ DEA	☐ KED Adulto	☐ Sonda vesical
☐ Válvula Oroiamações	☐ Desobstrução vias aéreas	☐ KED Infantil	☐ Sedação
☒ Colar cervical	☐ Drenagem torácica	☐ Massagem cardíaca externa	☒ Tala / Tração
☐ Curativo de hemorragia	☐ Desfibrilação / Cardioversão	☐ Orotraqueal	☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ Cricotireoidostomia	☐ Entubação Orotraqueal	☒ Prancha Longa	☐ VMI
☐ Curativo	☐ Inalação de Oxigênio (O2)	☒ Punção venosa	☐ VMNI
	☒ Imobilização de membros	☐ Sonda gástrica	☐ Outros

Descrição do(s) procedimento(s) _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)
1 par HGT. 1 lancetador. 1 equipo macrogotas. 1 par luva. 20. 1 SRL. 3 ataduras de crepe.

PERTENCES DA VÍTIMA
☐ Não
☐ Sim
Quais

Entregues a - Local _____ Assinatura com Carimbo do responsável _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Geldino MATRÍCULA: _____
TÉC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
ENFERMEIRO(A): Maria COREN: 579 877
MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento
NOME _____ RG / CPF _____
ASSINATURA (RUBRICA) _____ Observação _____
TESTEMUNHA _____ TESTEMUNHA _____

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: 20/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000064186-4

Nr. da Autenticação B51C2692D7461157

compesa

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

compesa

Arpe

compesa

Arpe

compesa

Nº Documento [illegible] Emissão [illegible]

FATURA MENSAL DE AGUA E ESGOTO

[illegible]

DESCRIÇÃO [illegible] GRUPO [illegible] OPÇÃO DEB. AUTOMATICO [illegible]

[illegible]

PARÂMETROS	ESTIMATIVA PARA PONTO DE ÁGUA	MÉDIA DEZ TRIMESTRE	ATENDIMENTO A LEGISLAÇÃO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
OBSERVAÇÕES	[illegible]		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS | CONSUMO POR FAIXA | VALOR R$

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
15/04/2019			8,65

[illegible]

Prefeitura Municipal de Caaporã
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMU

PREFEITURA DE CAAPORÃ

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	USB / USA / MF	Nº Equipe	Plantão	Hora da Saída da Base	Hora da Chegada no Local
07 / 11	2172517		47		13 00 Hs	13 05 Hs

Paciente: Leonide Vicente de Souza | Idade: 39 | Sexo: ☒ Masc ☐ Fem | Telefone:

Local da Ocorrência: ☐ Cupissura ☐ Taquara ☒ Pilombu ☐ BR 101 ☐ Acau ☐ Outro

Endereço: Entrada da nova Cidade | Bairro: Cruz Boa | Médico Regulador: Dr. [illegible]

Quantidade de Vítimas no Local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três

Equipamento Utilizado: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ BAV ☐ Resgate PRF ☐ EPTRAN ☐ Outro

Vítima: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Óbito ☐ Outro

Estado do Paciente: ☐ Atendido no Local e Liberado ☒ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito durante o atendimento

Destino (Unidade Hospitalar): Traumasb (Ortotrauma)

Responsável e Função: Assinatura e Carimbo: [illegible] Coordenador de Saúde Caaporã

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ NÃO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO OBSTÉTRICO

☐ TRANSPARÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

LESÕES EXTERNAS

Movimento do Tórax:
☐ Ausente
☐ Presente
☐ Apoiado por
☐ Paradoxal
☐ Desconhecido
☐ Outro

☐ FAF
☐ FAP
☐ Agressão
☐ Hipotermia
☐ Queda: Altura aproximada
☐ Soterramento / Desabamento
☐ Choque Elétrico

ANTECEDENTES

☐ AIDS
☐ Alcoolismo
☐ AVC
☐ Convulsões
☐ Diabetes
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença Infecto-contagiosa
☐ Doença Mental
☐ Doença Renal
☐ Drogas
☐ Hipertensão Arterial
☐ Internamentos Anteriores
☐ Problemas Respiratórios
☐ Medicamentos de Uso Contínuo

Qual?

DADOS VITAIS: PA 140 X 80 | FC 92 | FR 22 | HGT 140 | SpO2 S/O2 99% | SpO2 - O/O2

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

Intervenções: Imobilização + AVP + Medicamento (administração)

Evolução de Enfermagem:

Paciente consciente e orientado, queixa de dor no joelho esquerdo, sem deformidade, sem lesões. Evolui queixa de tédio e bem acolhido no HMSS. Paciente estável de trauma, administrado medicamento conforme prescrição de regulação e encaminhado ao Ortotrauma (Hangaluna).

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

[illegible] 40mg + Dexametasona 4mg

2 - VIA AÉREA:
☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Broncoaspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo regular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:
☐ Cianose ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS
☒ Não ☐ Sim - Local _____

3.2 - PERFUSÃO
☒ Normal ☐ Retardada (>2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - B.C.G
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
ECG: _____

5 - EXAME GINECO-OBSTETRICO
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☒ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro _____
Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Agitado Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS			
☐ Bomba de infusão	☐ DEA	☐ KED Adulto	☐ Sonda vesical
☐ Cânula Orofaríngea	☐ Desobstrução vias aéreas	☐ KED Infantil	☐ Sedação
☒ Colar cervical	☐ Drenagem torácica	☐ Massagem cardíaca externa	☒ Talas - Tração
☐ Controle de hemorragia	☐ Desfibrilação - Cardioversão	☐ Oroaríquea	☐ Ventilação mecânica (manual - automática)
☐ Crioterapia	☐ Entubação Oroaríquea	☒ Prancha Longa	☐ VMI
☐ Imobilizador	☐ Inalação de Oxigênio (O2)	☒ Punção venosa	☐ VMNI
	☒ Imobilização de membros	☐ Sonda gástrica	☐ Outros

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)
1 fita HGT, 1 lancetador, algodão, 1 equipo macrogotas, 1 par luvas, 1 SRL, 3 ataduras [illegible]

PERTENCES DA VITIMA
☐ Não
☐ Sim
Descrição

Entregues a / Local _____ Assinatura com Carimbo do recebedor _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR Cidiane MATRÍCULA _____
TÉC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
ENFERMEIRO(A) Maria COREN 579 877
MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento
NOME _____ RG / CPF _____
ASSINATURA (PUBLICA) _____ Observação _____
TESTEMUNHA _____ TESTEMUNHA _____

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ENDEREÇO: AV. CRESTES LISBOA S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, CEP: 58030-000
FONES: (83) 3218-5900

Nome: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA		Data: 13/03/2020	Data/Hora Entrada: 13/03/2020 17:24:33
Nascimento: 11/11/1979	Idade: 39a 10d	Sexo: Masculino	CNS:
Mãe: LUCIA MARIA VICENTE			Telefone: (83) 9-9999-9999
Endereço: PROPRIA RUA, SN		Bairro: CONJUNTO BOM TEMPO	Município: GOIANIA
Nacionalidade: BRASILEIRO	Ocupação: ACIDENTE DE MOTOCICLETA		UF: PB
Convênio: PARTICULAR		Atendente: FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA	Cor/Raça: PARDO
Data/Hora Atendimento: 13/03/2020			Data/Hora Alta: 26/03/2020 17:30:24

Anamnese

ACIDENTE DE MOTOCICLETA REFERE DOR NA COXA DIREITA LIMITAÇÃO DA MOVIMENTAÇÃO MAIS DOLOROSA

PACIENTE NA EMERGÊNCIA DA ORTOPEDIA

TRAUMA GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

CID10

Código	Descrição
[illegible]	Traumatismo [illegible]

Conduta

[illegible]

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
CRM [illegible]

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454351 - Tel.: (83)2199736

Boletim de Atendimento: 1097208

Identificação do paciente

Nome	JOSENALDO VICENTE DE SOUZA		Sexo: Masculino
Nascimento: 1972	Idade: 39 anos 5 meses 1 dias	Estado Civil:	Raça:	Cor: 11/04
Mãe: LUZIA MARIA VICENTE			Pai: JOSE MANOEL DE SOUZA
			Endereço: COMANDIA
Bairro:	Fone Móvel: 99500608	Cidade:	Fone Fixo: 87127423
Nacionalidade: BRA	Número Documento: 06151302190		
Unidade Origem: HOSPITAL DE TRAUMA TARGINO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo: UNIDADESAUDE	UF: PB
	Naturalidade: DONANA		
Endereço			
CEP: 58220000	Município de residência: DONANA	UF: PB	Logradouro: PROLETARIA
Nº: SN	Complemento:		Bairro: CONJUNTO BOM TEMPO

Admissão

Data/Hora: 2020 10:24:35	Número da Guia: 1000059892921	Convênio: SUS
Especialidade: CIRURGIA GERAL		Leito:
Médico Responsável:		Origem da Ocorrência: OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Tipo de Atendimento:	Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Natureza do Atendimento: QUEDA - OUTROS

Indicadores e Transporte

Óbito: NÃO	Parto Cesariana: NÃO	Uso de Anticoncepcional: NÃO	Transfusão: NÃO
Meio de Transporte: AMBULANCIA		Local de Ocorrência:	

Sinais Vitais

PA: ___ x ___ mmHg	Peso:	Temperatura:

Exames complementares

Raio-X ( ) Sangue ( ) Urina ( ) TC ( ) Eletro ( ) ECG ( ) Ultrassonografia ( )

Observações:

Médico: ANA CARLA FERREIRA DA SILVA

Carimbo: CRM: 19666

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:40:37
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814403738200000058463509
Número do documento: 20031814403738200000058463509

GOVERNO DA PARAÍBA

Boletim de Atendimento

Identificação do paciente

JOSEMAR DO VICENTE DE SOUZA

JOSE MANOEL DE SOUZA

Endereço

PRAÇA

Admissão

1000059892921

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Indicadores e Transporte

Sinais Vitais

Ana Flávia Neto

FICHA DE ANESTESIA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LOSENALDO VICENTE DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	11/07/79
NOME DA MÃE	LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	1.101.134
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.097.208
DATA DO ATENDIMENTO	26/07/19
HORA DO ATENDIMENTO	17:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO
CID 10	S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, procedente do Ortotrauma de Campina Grande, vítima de queda de moto. Refere dor na coxa direita e limitação dos movimentos. Refere dor e deformidade na tíbia direita. Apresentando fratura distal de fêmur direito + fratura diafisária de tíbia direita. Internação para tratamento cirúrgico. Operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS

RX de coxa direita
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de tíbia direita
Fratura distal de fêmur direito

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de tíbia direita. Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal direito.

ALTA HOSPITALAR:	09/08/19
DATA DA EMISSÃO:	12/11/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329 PB

ATENÇÃO: Este documento restringe-se à comprovação de atendimento hospitalar para [illegible] MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. CRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB

58030-080

Tel

(83) 3218-6221

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]		[illegible]	

Anamnese

[illegible]

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

[illegible]

Conduta

Em observação

[illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

[illegible] AV. DORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] DE JUSCENTE DE SOUZA	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible] ZA MARIA INCENTE			[illegible]
[illegible] RESIDENCIAL SN	[illegible] CONJUNTO BOM TEMPO	[illegible] GOIANA	[illegible] PE
[illegible] OUTROS	[illegible] ACIDENTE DE MOTOCICLETA	[illegible] FRANCISCO KARTNER SARMENTO PEDROSA	[illegible] PB
[illegible] 26/07/2018 17:24:35		[illegible] 28/07/2018 15:33:13	

Anamnese

[illegible]

[illegible] PARA TRATAMENTO [illegible]

DIETA

DIETA LIVRE VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML AMPOLA ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 8/8H, OBSERVACOES S/N

[illegible]

ONDANSETRONA 2MG/ML AMPOLA 2ML, ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V. 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML AMPOLA, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 1X AO DIA, OBSERVACOES SN [illegible]

[illegible]

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE FRASCO AMPOLA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V. [illegible]

AGUA DESTILADA 10ML AMPOLA, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H [illegible] MGTSM

[illegible]

DIPIRONA 500 MG/ML AMPOLA 2ML, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V. 6/6H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA SUBLINGUAL, ADM. SE NECESSARIO SE PAS [illegible] HASH 160MMHG DOSE MAXIMA DIARIA: 4,0

SOLUÇAO FISIOLOGICA 0,9% FRASCO 500ML, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V. 24H [illegible] MGTSM

ENOXAPARINA SODICA 40 MG 0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C. 1X AO DIA

TRAMADOL 50MG/ML SOLUÇAO INJETAVEL AMPOLA 10ML, ADMINISTRAR 50,0 ML VIA E.V. ADM. [illegible] MGTSM, SE NECESSARIO [illegible] MGTSM, DOSE MAXIMA DIARIA: 3,0

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% FRASCO 100ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H [illegible] MGTSM

[illegible]

CETOPROFENO 100 MG FRASCO AMPOLA, ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V. 12/12H

SOLUÇAO FISIOLOGICA 0,9% FRASCO 100ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H [illegible] MGTSM, OBSERVAÇÕES [illegible] S/N

[illegible]

TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL AMPOLA 2ML, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V. 8/8H

CUIDADOS [illegible]

SSVV + DCSG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, OBSERVAÇÕES: RISCO CIRÚRGICO:

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

Conduta

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

FRANCISCO MARCONI BEZERRA PEDROSA
CRM PB

Masculino

SUS

EVOLUÇÃO MEDICA WILTON DA SILVA LINHARES - 28/07/2015 08:11:35

RELAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

FORNECEDOR	DISPENSAÇÃO OPME		QUANTIDADE	CORPO CLINICO	MEDICO
	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO				
FORNECEDOR	DISPENSAÇÃO FARMACIA		QUANTIDADE	CORPO CLINICO	MEDICO
	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO				

SLS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

ORTOPEDIA

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA

DR CARLOS

DR DANIEL

DR DAVID

PROCEDIMENTO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

INCISÃO EM FACE ANTERO-LATERAL DE PERNA DIREITA

VIA DE ACESSO ANTERIOR DA PERNA

INCISÃO EM FACE LATERAL DO FÊMUR DIREITO

Achados

FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA

[illegible] DISTAL DE FÊMUR DIREITO

REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP 10 FUROS EM PONTE + PARAFUSOS CORTICAIS NA TÍBIA

REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCS 10 FUROS + PARAFUSOS NO FÊMUR DIREITO

REVISÃO DA HEMOSTASIA

[illegible]

FECHAMENTO POR PLANOS

Fechamento

[illegible]

[illegible]

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	11/07/79
NOME DA MÃE	LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS	
PRONTUÁRIO N.º	1101104
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1097208
DATA DO ATENDIMENTO	26/07/19
HORA DO ATENDIMENTO	17:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNOSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO
CID 10	S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário: Paciente foi atendido neste Serviço procedente do Ortotrauma. Mesma vítima de queda de moto, refere dor na coxa direita e limitação dos movimentos. Refere deformidade de tíbia direita, apresentando fratura distal de fêmur direito + fratura diafisária de tíbia direita, indicação para tratamento cirúrgico, operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES.

Fratura diafisária de tíbia direita
Fratura distal de fêmur direito

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de tíbia direita. Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal direito.

ALTA HOSPITALAR.	09/08/19
DATA DA EMISSÃO.	12/11/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento prestado para DIVULGAÇÃO RUBRICA DO SOLICITANTE MINISTÉRIO DO TRABALHO E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

SAUD

CERTIDÃO

Nº 0293[illegible]

Atendendo solicitação de **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira do Governo do Estado da Paraíba, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 145229 e prontuário nº2018 07 003464 pertencente a paciente que foi atendido em 26/07/2018 às 14:42min vítima de queda de moto apresentando trauma [illegible]

Submetido a uma avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de punho direito. Paciente encaminhado ao trauma.

E para constar [illegible] Medica da Vigilância a saude [illegible] e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de março de 2019

Medica da Vigilância a Saúde
CRM-PB [illegible]

Rosimeda M. Ferreira Lincoln
Médica da Vigilância a Saúde
CRM-PB [illegible]

GOVERNO
DA PARAÍBA

Número Processo

Data da Ação

SES

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

SES

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CEMOG

CENTRO MEDICO DE GOIÁS

Cliente JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Resultado

CEMOG

CENTRO MÉDICO DE GOIÁNIA

04651

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

NOME COMPLETO DA VÍTIMA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

ALTA MÉDICA: [X] SIM [ ] NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [ ] SIM [X] NÃO
(CASO POSITIVO DESCREVER)

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE

[ ] TEMPORÁRIA (DURANTE O PERÍODO DE RECUPERAÇÃO HOSPITALAR OU DE TERAPIA ATIVA)

[ ] PERMANENTE (APÓS A ALTA HOSPITALAR E POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO QUE ATENDA OS FINS DA LEI)

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS

LOCAL _____ DATA _____ ASSINATURA E CARIMBO