



Número: **0008854-48.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.387,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSINEIDE MARIA DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59229 966	13/03/2020 13:56	2703594_CONTESTACAO_PROTocolada_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 32ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00088544820208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA** representado por sua genitora **ROSINEIDE MARIA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **04/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 29/10/2019.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora acostou aos autos documentos médicos completamente ilegíveis, sendo impossível verificar a veracidade das informações contidas na exordial.

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



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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.387,50 (quatro mil, trezentos e oitenta e sete 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/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA INÉPCIA DA INICIAL

DOCUMENTOS ILEGÍVEIS

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica-se a existência de documentos ilegíveis.

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;



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE SURUBIM
 Entidade Filantrópica Mantenedora do HOSPITAL SÃO LUIZ E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO DOM DESPACHO
 INTEGRANTE DA II REGIONAL DE SAÚDE

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde:		Município:	Região de Saúde:	
Nome do Paciente: <i>Isidoro José da Silva Borges</i>				
Quadro Clínico: <i>Paciente com diagnóstico de doença crônica, em tratamento contínuo, com quadro clínico estável.</i>				
Diagnóstico: <i>Tuberculose</i>				
1ª REMOÇÃO	Destino: <i>Cidade de São...</i>	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Atendimento de rotina.</i>	Cidade: <i>5676983</i>		
2ª REMOÇÃO	Assinatura do Responsável: <i>Hugo Silva Mendes</i>	N.º do C.R.M.:	Data:	
	Destino: <i>Hospital Santos Carvalho</i>	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
3ª REMOÇÃO	Motivo (Registro Detalhado):			
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:	
4ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):			
5ª REMOÇÃO	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:	
	Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
6ª REMOÇÃO	Motivo (Registro Detalhado):			
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:	
Unidade Prestadora de Atendimento:		Município:		
Especificação de Atendimento Prestado:				
Assinatura do Responsável:		N.º do C.R.M.:	Data:	



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
EMERGENCIA

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Atendimento: _____ Pronto Socorro
Número: _____ Nome do Paciente: _____ Emergência
Endereço: _____ Nº: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Telefone: _____ Data de Nascimento: _____
Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____
Nome do Casamento: _____

2 ATRIBUIMENTO

Unidade: _____ Medicina: _____





Nome do Paciente: ...
Data de Nascimento: ...
Sexo: ...
Endereço: ...
Telefone: ...
Profissão: ...

Enfermarias: ...

Médico: ...

Admissão

Queixa Principal

...

História Clínica

...

Exame Físico

...

Prescrições

...

Diagnóstico

...





ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

SETOR: ENFERMARIA PEDIÁTRICA-409-02		DATA: 06/05/2019
NOME: JEFFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA		
NOME SOCIAL:		
IDADE: 6 Anos 5 Meses 1 Dia	DATA DE NASCIMENTO: 05/12/2012	ESTADO CIVIL:
MÃE: ROSINEIDE MARIA DA SILVA		
PAI: RUIÃO JOSE DA SILVA BEZERRA		
ENDEREÇO: SÍTIO VERMELHO, N.º 3 - BAIRRO CENTRO - CIDADE: VERTENTE DO TERMO - JF - PE		
PUNTO DE REFERÊNCIA:		
TELEFONES: 971024318 ROSINEIDE		
ENTREVISTADA(A): MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA	PARENTESCO: AVÓ MATERNA	
DOCUMENTOS POSSÍVEL <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	APRESENTADOS NÃO	
REATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> READMITIDO <input type="checkbox"/>	PROCEDÊNCIA: HOSPITAL DE SIRUBIM	
ACOMPANHANTE: MARIA ROSILDA	PARENTESCO: AVÓ MATERNA	
TABAGISMO NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>	USO DE ALCOÓL: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>	
OUTRAS DROGAS NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>		
PESSOA COM DEFICIÊNCIA: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	QUAIS: VISUAL <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>	
REDE DE APOIO: SUS / SUAS	AMBULATORIO <input type="checkbox"/> PSF <input checked="" type="checkbox"/> NASF <input type="checkbox"/> CAPS (AD) <input type="checkbox"/> CAPS (TRANSTORNO MENTAL) <input type="checkbox"/>	
	CREAS <input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> CENTRO POP <input type="checkbox"/>	
PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:	
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OUTROS:	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: RESIDE COM OS AVÓS MATERNS, UM PRIMO.		
ARCJO FAMILIAR: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> NÃO RECEBE <input type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES / EVOLUÇÃO		
MEMOR VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, TEVE TRAUMA NO PE, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA COM AVÓ MATERNA - MAS TEM BOM RELACIONAMENTO COM GENITORES. AUTORIZAMOS ACOMPANHANTE E ORIENTAMOS ROTINA HOSPITALAR.		RESIDIR
ASSISTENTE SOCIAL: ALBANI SIRAFIM FELDENBERTO (PRESENA) (M) (P)		

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor juntou aos autos documentos exigíveis totalmente ilegíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.



DO MÉRITO

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

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

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

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de de **R\$ 4.387,50 (quatro mil, trezentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **04/05/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 4.387,50 (quatro mil, trezentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

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

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

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

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

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

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e seqüela 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\$ 5.062,50 (CINCO MIL E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁶ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI 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.

⁷ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁹.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹art. 1º . (...)

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



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos da resposta ao Ofício Nº005/2015 - CGSRAC.

Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em até 15 (quinze) dias.

Cabe esclarecer que se tratado de interesse de incapaz, o artigo 178, inciso II do CPC, informa que o Ministério Público deverá ser intimado no prazo de 30 dias para intervir como fiscal da lei.

Diante disso, requer a intimação do Ministério Público para que se manifeste nos termos o artigo 279, do CPC, sob pena de nulidade.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ROSINEIDE MARIA DA SILVA**, em curso perante a **32ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00088544820208172001.

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

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





Número: **0008854-48.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.387,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSINEIDE MARIA DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59229 967	13/03/2020 13:56	ANEXO 1	Outros (Documento)

...Informações sobre o veículo

Placa: KHS-0429

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG 125

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 125

Cor predominante: BRANCA

Chassi: CG125BR1223004

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 1982

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

☞ RESTRIÇÕES

> NADA CONSTA



**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

Número do Sinistro: 3190613937
Nome do(a) Examinado(a): Jeferson Jose da Silva Bezerra
Endereço do(a) Examinado(a): Si Vermelho, S/N
Tambor de Baixo Surubim PE CEP: 55750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9581662
Data local do acidente: [04/05/2019]
Data local do exame: [06/12/2019] CARUARU [PE]

Resultado da Avaliação Médica

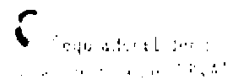
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO 1º E 2º METATARSO DIREITO COM LESÃO EXTENSA DE TENDÕES EXTENSORES DO PÉ DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: CIRÚRGICO
Complicações: NDN
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (++++/++++), INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO 1º AO 5º PODODÁCTILO DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DANO FUNCIONAL DO 1º, 2º, 3º E 4º E 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela):
1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
2º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):
3º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
4º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
5º dedo do pé direito 75%

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

Dra. Andrea Rodrigues Madeira
CPF - 846.667.813-15
CRM/PE - 19953



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380750/19

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

CPF: 120.409.564-76

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

CPF de: Representante

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ROSINEIDE MARIA DA SILVA : 120.409.564-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



SURUBIM (PE), 25 DE NOVEMBRO 2019

A LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA JEFERSON JOSÉ DA SILVA BEZERRA
REPRESENTANTE LEGAL ROSINEIDE MARIA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190613937

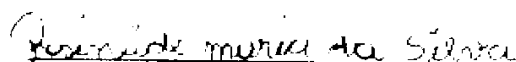
Prezado Senhora:

Solicito de V.Sª que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 04/05/2019, onde sofri FRATURA EXPOSTA EM MEU PÉ DIREITO, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo


ROSINEIDE MARIA DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937

Cidade: Vertente do Lério

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 1º E 2º METATARSO DIREITO COM LESÃO EXTENSA DE TENDÕES EXTENSORES DO PÉ DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (+++/++++), INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO 1º AO 5º PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: NOTA DO REVISOR: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DE 02 PODODÁCTILOS DIREITOS, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO (SINERGISMO DAS LESÕES REPERCUTINDO NO MEMBRO COMO UM TODO)

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 pés	50 %	Em grau médio - 65 %	32,5%	R\$ 4.387,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937

Cidade: Vertente do Lério

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 1º E 2º METATARSO DIREITO COM LESÃO EXTENSA DE TENDÕES EXTENSORES DO PÉ DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (+++/++++), INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO 1º AO 5º PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: NOTA DO REVISOR: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DE 02 PODODÁCTILOS DIREITOS, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO (SINERGISMO DAS LESÕES REPERCUTINDO NO MEMBRO COMO UM TODO)

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 pés	50 %	Em grau médio - 65 %	32,5%	R\$ 4.387,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937

Cidade: Vertente do Lério

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937

Cidade: Vertente do Lério

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ROSINEIDE MARIA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 9.581.662 SDS/PE CPF: 120.409.564-76
DATA DO ACIDENTE: 04/05/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA
ENDEREÇO: SI VERMELHO, 400 TAMBOR DE BAIXO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370 BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E COPIAS DE PRONTUARIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VITIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VITIMA.

SURUBIM - PE 11 DE JUNHO 2019



Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

COMPANHIA REGISTRADA E NOTARIAL DE VERTEBRE DO SERIO
Tatiana PADUEIRA RODRIGUES DE MELLO
Telefone: (81) 3434.1234

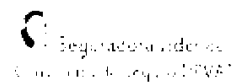
Reconhecido por AUTENTICIDADE a firma de ROSINEIDE MARIA DA SILVA. Em testemunho da verdade, dou fe. Escrivã: Geysa Thaciana Sales. Emp. ES 2.59. TSNR ES 1.21. FBRN ES 2.40. Cnpj ES 3.113

Recebi em 11/06/2019 às 10:15:21 em 17/12/2019
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/autenticidade

Serventia Registrada e Notaral
Vertebra do Litoral/PE
Geysa Thaciana Sales
Escrivã de A. 1.113/2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380750/19

Número do Sinistro: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

CPF: 120.409.564-76

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA : 120.409.564-76

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

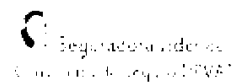
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380750/19

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

CPF: 120.409.564-76

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ROSINEIDE MARIA DA SILVA : 120.409.564-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

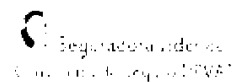
Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380750/19

Número do Sinistro: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

CPF: 120.409.564-76

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------	---

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. 00071/00072 - carta_03 - INVALIDEZ

00050036



Carta nº 15040937





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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15041176

Pag. 01725/01726 - carta_01 - INVALIDEZ

00010863





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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%	
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000045375-7

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. 00017/00018 - carta_15R - INVALIDEZ

00030009





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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190613937 **Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA**

Data do Acidente: 04/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01959/01960 - carta_02 - INVALIDEZ

00060980



Carta nº 15186150





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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 01859/01860 - carta_25 - INVALIDEZ

00020930





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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.387,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau médio 65%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (65% de 50%) 32,50%	
Valor a indenizar: 32,50% x 13.500,00 =	R\$ 4.387,50

Recebedor: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 4.387,50

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000023523-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 01588/01590 - carta_15R - INVALIDEZ

00030795





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2. Nº do sistema ASB: 3390023937 3. CPF da vítima 4. Nome completo de vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

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

5. Nome completo: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA 6. CPF: 6.100 7. Profissão: RECEIBEIRO 8. Endereço: RUA SIMEONE MELO 9. Número: 400 10. Complemento: CASA 11. Bairro: TAMBOUL DE BAIXO 12. Cidade: JUAZEIRO 13. Estado: PE 14. CEP: 55750-000 16. Telefone: (31) 9005-0454

DADOS CADASTRAIS

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

17. Nome completo do Representante Legal: ROSINEIDE MARIA DA SILVA 18. CPF do representante legal: 330409564-16 19. Profissão do representante legal: RECEIBEIRO

Declaro, para todos os fins de direito, que a vítima/representante legal é menor/incapaz com curador, conforme consta anexa (ANEXAR CÓPIA)

20. RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECEIHO INTERMEDIAR RECEIHO ASSISTENTE RECEIHO QUATRO ATIVIDADES 1. SE SERVIÇO RECEIHO ATIVIDADE RECEIHO QUATRO ATIVIDADES 2. SE SERVIÇO RECEIHO RECEBIDOS

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUANÇA CONTA CORRENTE 22. Nome do BANCO: BRDESCO

AGÊNCIA: [] CONTA: [] AGÊNCIA: 0935 CONTA: 145287

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, para todos os fins de direito, que não existe IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou: • Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do seguro DPVAT, ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23. Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24. Data do óbito da vítima 25. Grau de parentesco com a vítima 26. Vítima deixou companheira(o) Sim Não 27. Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo 28. Vítima teve filho(s) Sim Não 29. Se tenha filho(s) informada a idade e o nome completo 30. Vítima teve irmão(ões) Sim Não 31. Vítima teve irmã(ões) Sim Não 32. Se tenha irmã(ões) informada a idade e o nome completo 33. Vítima teve pais vivos Sim Não

NÃO ALFABETIZADO

34. Nome legível de quem assina a pedido da vítima: 35. Nome legível de quem assina a pedido da vítima: 36. Nome legível de quem assina a pedido da vítima: 37. Assinatura de quem assina a pedido da vítima:

TESTEMUNHAS

38. 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39. 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40. Local e data: SUR-BIM DO 18/02/2019 41. Assinatura da vítima/beneficiário/pedinte: 42. Assinatura do Representante Legal (se houver): 43. Assinatura do Produtor de Seguro:





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1) Se for assistido(a) de outra forma DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nome do segurado: JE FERSON JOSÉ DA SILVA SOFERRA

REQUISITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITÍMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL (CITULAR SUSPENSAS DE DÉBITOS)

Nome: JE FERSON JOSÉ DA SILVA SOFERRA
CPF: 987.654.321
Número de inscrição estadual: 400.000.000
Número de inscrição municipal: 500.000.000
Número de inscrição federal: 600.000.000
Número do representante legal (país, tutor e curador) para vítima/beneficiário menor entre 16 a 18 anos ou incapacitado com o(a) autor:

Nome: ROSANGELA MARIA DA SILVA
CPF: 320.409.984-76
Número de inscrição estadual: 700.000.000
Número de inscrição municipal: 800.000.000
Número de inscrição federal: 900.000.000

Declaro, sob as penas da lei, que os dados aqui fornecidos são verdadeiros e corretos, sob pena de responder criminalmente por falsificação de documento (ANEXAR CÓPIA)

2) PENSÃO MENSAL DO CITULAR DA CONTA

INDIENADO(a) NÃO INDIENADO(a)
 HABILITADO(a) NÃO HABILITADO(a)
 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

3) BANCOS BANCÁRIOS

CONTA POUPANÇA CONTA CORRENTE

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (100)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0005 | CONTA: 45345 | AGENCIA: 7 | CONTA: _____

4) ANEXAR CÓPIA DO ATTESTADO DE LAUDO MÉDICO OU LAUDO DE AVALIAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA EMERSONIANA (COM LAUDO DE AVALIAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA EMERSONIANA)

22) DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO COGSM - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer laudo médico ou laudo de perícia médica em vigor emitido pelo COGSM (COGSM) para a vítima/beneficiário/representante legal que (assinale uma das opções):

- Não há qualquer laudo médico ou laudo de perícia médica em vigor emitido pelo COGSM (COGSM)
- Há um laudo médico ou laudo de perícia médica em vigor emitido pelo COGSM (COGSM) para a vítima/beneficiário/representante legal
- Há um laudo médico ou laudo de perícia médica em vigor emitido pelo COGSM (COGSM) para a vítima/beneficiário/representante legal, com prazo de validade inferior a 12 (doze) meses a contar da data do pedido

DECLARAÇÃO DE SÍMULOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23) Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer benefício em vigor emitido pelo COGSM (COGSM) para a vítima/beneficiário/representante legal

24) Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer benefício em vigor emitido pelo COGSM (COGSM) para a vítima/beneficiário/representante legal

25) Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer benefício em vigor emitido pelo COGSM (COGSM) para a vítima/beneficiário/representante legal

26) Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer benefício em vigor emitido pelo COGSM (COGSM) para a vítima/beneficiário/representante legal

27) Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer benefício em vigor emitido pelo COGSM (COGSM) para a vítima/beneficiário/representante legal

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 13:56:02

Assinado eletronicamente por: _____

Assinado eletronicamente por: _____





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

CATEGORIA ESPECIAL DE COLETA GAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTO

1. Nome completo do segurado: **JOSE ROSEN JOSE DA SILVA BOZERRA**

2. CPF: **000.000.000-00**

3. Endereço completo: **RUA DE SAIXO, 3000, JARDIM SAIXO, SÃO PAULO - SP**
CEP: **05308-000**
Telefone: **(11) 3333-3333**

4. Nome completo do representante legal: **ROSENEIDE MARIA DA SILVA**
CPF: **000.000.000-00**

5. RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA
 RENDIMENTO MENSAL RENDIMENTO ANUAL RENDIMENTO TRIMESTRAL RENDIMENTO SEMESTRAL

6. TIPO DE CONTA BANCÁRIA
 BENEFCIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFCIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUANÇA CONTA CORRENTE

7. BANCO: **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**
AGÊNCIA: **(295)** CONTA: **45375** AGÊNCIA: **(7)** CONTA: **()**

INVALIDEZ PERMANENTE

8. DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAHEDOC (IME) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA LIBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que não sou beneficiário de qualquer outro seguro DPVAT, nem de qualquer outro seguro de invalidez permanente, nem de qualquer outro seguro de morte.

MORTE

9. DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFCIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA LIBERTURA DE MORTE
Declaro, sob as penas da lei, que sou o único beneficiário do seguro DPVAT, não possuindo outros beneficiários.

NÃO ALFABETIZADO

10. Assinatura do segurado ou representante legal: **JOSE ROSEN JOSE DA SILVA BOZERRA**

11. Assinatura do representante legal: **ROSENEIDE MARIA DA SILVA**

TESTEMUNHAS

JOSE ROSEN JOSE DA SILVA BOZERRA

ROSENEIDE MARIA DA SILVA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE PERNAMBUCO - PERTINENTE DA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0216000133

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/10/2019** às **10:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **4/6/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO VERMELHO, PRÓX AO PSF - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Localidade Este: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(ALTO) (AGENTE)
ROSINEIDE MARIA DA SILVA (NOTICIANTE)
ADEMARIO DA SILVA (OUTRO)
GEORGE BRASIL (OUTRO)
JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **GEORGE BRASIL**

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

JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA (não presente ao plantão) - Sexo Masculino Mãe ROSINEIDE MARIA DA SILVA Pai JOÃO JOSE DOS SANTOS BEZERRA
Data de Nascimento: **8/12/2012** Nacionalidade: **VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **81981662203**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO VERMELHO, PRÓXIMO AO POSTO DO PSF - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADEMARIO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo Masculino Nacionalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

. (não presente ao plantão) - Sexo Desconhecido Nacionalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

GEORGE BRASIL (não presente ao plantão) - Sexo Masculino Nacionalidade NÃO



INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ROSINEIDE MARIA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA** Pai: **VALDECI ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/0/1988** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9621662/SDS/PE (RG); 12046858476 (CPF)** Estado Civil: **ANASIAADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **881562203**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SITIO VERMELHO, PROX AO PSF - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a). **ADEMARIO DA SILVA**, que estava em posse do(s) Sr(a). **GEORGE BRASIL**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
 Placa: **KH80428 (PERNAMBUCO/POC/AO)** Renavam: **188201462** Chassi: **CG125BR1223004**
 Ano f. fabricação/Modelo: **1982/1982** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA A GENITORA DA VÍTIMA, INFORMANDO QUE NO DIA 04/03/2019, POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, O SEU FILHO JEFERSON JOSE DA SILVA, VIAJAVIA COMO PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA DE PLACA KHS 8428, CONDUZIDA POR SEU TIO GEORGE BRASIL, OS QUAIS TRAFEGAVAM NAS MEDIAÇÕES DO SITIO VERMELHO, ZONA RURAL DESTA CIDADE, OCASIÃO EM QUE A VÍTIMA EMGANCHOU O SEU PE DIREITO NA RODA TRASEIRA DA REFERIDA MOTOCICLETA, SOPRENDO LESÕES GRAVES, CHEGANDO A CAIR. QUE LOGO APOS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL SÃO LUIZ DA CIDADE DE SURUBIM E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS DA CIDADE DO RECIFE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTOS.

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

Rosineide maria da Silva
ROSINEIDE MARIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JOSYNEIDE BARROSA DE ARRUDA** - Matrícula: **360662-8**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO
LÉRIO - DP126ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0216000133

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/10/2019** às
10:22

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **4/6/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO
VERMELHO, PRÓX AO PSF - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO
LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR/AGENTE)
ROSINEIDE MARIA DA SILVA (NOTICIANTE)
ADEMARIO DA SILVA (OUTRO)
GEORGE BRASIL (OUTRO)
J.J.D.S.B. (Menor de idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): GEORGE BRASIL

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

**J.J.D.S.B. (Menor de idade) (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe
ROSINEIDE MARIA DA SILVA Pai: JOÃO JOSE DOS SANTOS BEZERRA Data de Nascimento
8/12/2012 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones
Celulares:
- 81981862282**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO VERMELHO,
PROXIMO AO POSTO DO PSF - CEP: 9 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO
LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ADEMARIO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:
MÃE INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

. (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /



INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ROSINEIDE MARIA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA** Pai: **VALDECI ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/01/1996** Nacionalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **0681062/SDS/PE (RG) - 12840966476 (CPF)** Estado Civil: **ANUZIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 081062203**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO VERMELHO, PROX AO PSP - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **ADEMARIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEORGE BRASIL**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
 Placa: **KHS0420 (PERNAMBUCO/POCAO)** Registro: **180281402** Chassi: **CG125BR1223004**
 Ano Fabricação/Modelo: **1982/1982** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA A GENITORA DA VÍTIMA, INFORMANDO QUE NO DIA 04/05/2019, POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, O SEU FILHO JEFERSON JOSE DA SILVA, VIAJAVIA COMO PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA DE PLACA KHS 0420, CONDUZIDA POR SEU TIO GEORGE BRASIL, OS QUAIS TRAFEGAVAM NAS MÊDIÇÕES DO SÍTIO VERMELHO, ZONA RURAL DESTA CIDADE, OCASIÃO EM QUE A VÍTIMA ENGANCHOU O SEU PÉ DIREITO NA RODA TRASEIRA DA REFERIDA MOTOCICLETA, SOFRENDO LESÕES GRAVES, CHEGANDO A CAIR, QUE LOGO APOS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL SÃO LUIZ DA CIDADE DE SURUBIM E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS DA CIDADE DO RECIFE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTOS.

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

Rosineide maria da Silva
ROSINEIDE MARIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: *Josyneide Barroca de Arruda* - Matrícula: **380862-8**



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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO RUA JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO CEP 50050-902 FONE (51) 315 932 0601 08 NÚMERO DE ESTABELECIMENTO 0605943 91



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26-04-02 COMERCIAL 116 - FRONTIÇAO 116 Atendimento ao cliente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria: 0800 282 5559 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco ARPE: 0800-727-0167 - Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA NOME DO CLIENTE

DATA DE VENCIMENTO 20/05/2019 VALOR A PAGAR R\$ 2,00

CATATIZAÇÃO DE NOTA FISCAL 06/06/2019 DATA DE APRESENTAÇÃO 13/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 06059433

CÓDIGO DE CLIENTE 001723797019 NOME DO CLIENTE 000244561 NOME DO ESTABELECIMENTO 000574400

CLASSIFICAÇÃO RESERVAÇÃO ALÍQUOTA

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico C534 8756 DE A7 6888 2798 SA24 B640 FF12

INFORMAÇÕES PARA O CLIENTE: Para mais informações, consulte o site www.celepe.com.br ou o aplicativo para celular disponível em nossa loja de aplicativos. Para mais informações, consulte o site www.celepe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Table with columns: DESCRICAO, QUANTIDADE, PRECO, VALOR UNIT. Includes items like Energia elétrica e tarifa social.

Table titled 'Tributos Aplicados' showing various taxes like IPI, ICMS, IPTU, etc., with their respective rates and values.

Table titled 'INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS' showing tax details for ICMS, IPI, IPTU, etc., with columns for tax type, rate, and value.

Table titled 'RESUMO DA NOTA FISCAL' showing a summary of the invoice with columns for item, quantity, price, and total value.

Table titled 'DISTRIBUIÇÃO E RELEVÂNCIA DAS DÍVIDAS PROPOSTAS' showing details of proposed debts and their relevance.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Informações importantes sobre a prestação de serviço, validade da nota fiscal, e procedimentos para reclamações e cancelamentos.

Table titled 'NÚMERO DE CONTAS' showing account numbers and their respective values.

Table with columns: CÓDIGO DE CLIENTE, MÊS/ANO, VALOR A PAGAR R\$, DATA DE VENCIMENTO. Values: 001723797019, 05/2019, 2,00, 20/05/2019.

Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. AUTENTICAÇÃO: MFA 0001





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/17

Para acessar este formulário eletrônico, visite o site: http://www.seguradoralider.com.br ou clique para: SAC DPVAT 0800 0221 904 (de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h) ou pelo telefone 0800 0221 904 (de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES.

A presente declaração deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro e constitui estabelecimento de regularização em 48% (48%) de desconto no empreendimento eletrônico.

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?IT-PO-1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP nº 445/17, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de sinistros. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda neste formulário não impede o pagamento da indenização em favor do DPVAT, contudo, por determinação da retenção financeira, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

Seguradora Líder de Seguros Privados S.A. - Filial para o Rio de Janeiro - Rua Alameda José Bonifácio, 110 - Centro - 20031-310 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil. Telefone: 0800 0221 904. E-mail: atendimento@liders.com.br

Este formulário eletrônico é de uso exclusivo das seguradoras filiadas à SUSEP e não pode ser utilizado para fins de comunicação com o COAF. A utilização deste formulário para fins de comunicação com o COAF é considerada ilegal e passível de comunicação ao COAF.

Nome do Segurado: EDUARDO JOSÉ DE A. FERREIRAS (inscrito no CPF nº 534.940.534-63)
Endereço do beneficiário: ROSINEIDE MARIA DA SILVA (CPF nº 120.409.564-70)
Nome do beneficiário: JO FERSEI JOSÉ DA SILVA BUJARRA (inscrito no CPF nº 330.410.534-63)
Profissão:
Renda:
e quanto de cada parcela a ser paga:

Declaro, neste ato, a veracidade das informações prestadas e assumo a responsabilidade perante a Seguradora Líder DPVAT, por não ter sido informado a qualquer órgão de fiscalização de veracidade de renda e profissão.
Declaro, ainda, que a tal data da presente declaração, não tenho nenhuma outra seguradora de DPVAT.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CPF nº 120.409.564-70
Endereço: RUA ALAMEDA JOSE BONIFACIO, 110 - CENTRO - 20031-310 - RIO DE JANEIRO - RJ
Telefone: 0800 0221 904

SILVIO DE GOMES DA SILVA
CPF nº 120.409.564-70

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE CURITIBA
Rua Manoel de Barros, 28 - Vila São Luiz, 19
Fone: (41) 3342-2100 - Fax: (41) 3342-2111
Nº 11 - Rua Padre Manoel da
Fonseca, 100 - Curitiba - PR

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o menor JEFFERSON JOSE DA SILVA
BI ZIRRA deu entrada neste serviço no dia 04/05/19, após queda de moto, feito
atendimento em seguida transferido para o Hospital Otávio de Freitas conforme consta em
prontuário médico de nosso arquivo.

Sarubim, 15 de julho de 2019.

Adriana Maria Kalmf
Adriana Oliveira Kalmf
Médica Obstetra



HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

SUTORA

Atendimento: 119/76202 Data: 04/05/2019 17:15 Recep: JOAO PAULO
Convênio: SUS Matrícula: Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Médico: HENNAN SANTOS CARVALHO Cartão SUS: 898004187564081

Registro: 303110 Prontuário: 0
Paciente: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA Cor: Parda
Nascimento: 05/12/2012 - Idade: 6 anos Sexo: Masculino
Endereço: SÍTIO VERMELHO Nº: C.P.F.:
Bairro: ZONA RURAL Cep: Identidade: -
IBGE/Cidade: VERTENTE DO LERIO UF: PE Telefone: não tem
Pai: G. instrução:
Mãe: ROSINEIDE MARIA DA SILVA Ocupação: MENOR
Est. Civil: Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamênese e Exame Sumário: *pac. com dor, febre, tosse, falta de ar, agitação por noite, quadro febril com em p.d. Alu por 4 dias*

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica / Cid *Tuberculose*

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:

(Assinatura)
Assinatura e Carimbo do Médico

817483

888

31 E 1 56 E E



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE SURUBIM
 Entidade Filantrópica Mantenedora do HOSPITAL SÃO LUIZ E MATERNIDADE ROSSA SENHORA DO BOM DESPACHO
 INTEGRANTE DA II REGIONAL DE SAÚDE

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saída:		Município:	Região de Saída:	
Nome do Paciente: <i>Julia ...</i>				
Quadro Clínico: <i>Pré-eclâmpsia ...</i>				
Diagnóstico: <i>Pré-eclâmpsia</i>				
1.ª REMOÇÃO	Destino: <i>Unidade de ...</i>	Município: <i>...</i>	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado): <i>...</i>	<i>22: 5676 + 73</i>		
	Assinatura do Responsável: <i>...</i>	N.º do C.R.M.:	Data:	
2.ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):			
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:	
3.ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):			
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:	
4.ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):			
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:	
Unidade Prestadora de Atendimento:		Município:		
Especificação do Atendimento Prestado:				
Assinatura do Responsável:		N.º do C.R.M.:	Data:	



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGENCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome _____ **Atendimento** _____ **Prontuário** _____
Data Nasc. _____ **Idade** _____ **Sexo** _____ **Nome Social** _____
CPF _____ **RG** _____ **Cad. Saúde** _____ **Cad. Civil** _____ **Religião** _____
Endereço _____ **Cidade** _____ **UF** _____ **CEP** _____ **Estado** _____
Acompanhante _____ **End. Lar. Referência** _____
Nome da Mãe _____
Nome do Conjugue _____
Data de Início da Internação _____

2 - ATENDIMENTO

Quarta Principal HDA

Data de Atendimento _____ **Motivo de Internação** _____ **Medicamento** _____

Exame Especial

PA _____ PP _____ EP _____

Data de Realização

Prescrição

Data _____

Data _____

Data _____





Dados do Atendimento

Nome do Paciente: ...
Data de Nascimento: ...
Sexo: ...
Número de Cartão: ...

Nome do Paciente: ...
Data de Nascimento: ...
Sexo: ...
Número de Cartão: ...
Endereço: ...
Cidade: ...
Estado: ...
CEP: ...

Enfermeira(a): ...

Médico: ...

Admissão

Queixa Principal: ...

História Clínica: ...

Exame Físico: ...

Observações: ...

Condição: ...

Diagnóstico: ...

Tratamento: ...

Prognóstico: ...

Assinatura: ...

Data: ...

Local: ...

Assinatura: ...

Data: ...



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Paciente
JEFFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade
6 Anos 5 Meses 1 Dia

Prontuário
1086044

Atendimento
1328666

Dt. Atend.
25/05/2019

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

SETOR: ENFERMARIA PEDIÁTRICA-409-02		DATA: 06/05/2019
NOME: JEFFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA		
NOME SOCIAL:		
IDADE: 6 Anos 5 Meses 1 Dia	DATA DE NASCIMENTO: 05/12/2012	ESTADO CIVIL:
MAE: ROSINEIDE MARIA DA SILVA PAI: JOSÉ DA SILVA BEZERRA		
ENDEREÇO: SÍTIO VERMELHO, N.º 01 - BAIRRO LENTRO - CIDADE VERTENTE DO LITORAL - JF - PE		
PONTO DE REFERÊNCIA:		
TELEFONES: 971024308-ROSELIETA		
ENTREVISTADORA: MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA	PARENTESCO: AVÓ MATERNA	
DOCUMENTOS POSSUI <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> APRESENTADOS NÃO		
EM ATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> READMITIDO <input type="checkbox"/>	PROCEDÊNCIA: HOSPITAL DE SURUBIM	
ACOMPANHANTE: MARIA ROSILDA	PARENTESCO: AVÓ MATERNA	
TABAGISMO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>	USO DE ALCOOL: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>	
OUTRAS DROGAS: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>		
Pessoa com deficiência: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> QUAIS: VISUAL <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>		
REDE DE APOIO: SIUS Y SIJAS	AMBULATORIO <input type="checkbox"/> PSF <input checked="" type="checkbox"/> NASF <input type="checkbox"/> CAPS (AD) <input type="checkbox"/> CAPS (TRANSTORNO MENTAL) <input type="checkbox"/> CREAS <input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> CENTRO POP <input type="checkbox"/>	
PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:	
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OUTROS:	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: RESIDE COM OS AVÓS MATERNOS, UM PRIMO		
APOIO FAMILIAR: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> NÃO RECEBE <input type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES / EVOLUÇÃO		
MENOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, TEVE TRAUMA NO PÉ, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, COM AVÓ MATERNA. MAS TEM BOM RELACIONAMENTO COM GENITORES. AUTORIZAMOS ACOMPANHANTE E ORIENTAMOS ROTINA HOSPITALAR.		RESIDE

ASSISTENTE SOCIAL: AIRANI SERAFIM FELISBERTO - CRESS. Nº 2517

Hospital Otávio de Freitas - CUBS - 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Agnido Guimarães, s/nº - Tejoim - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO



DA CLINICA: _____
 A CLINICA: _____
 NOME DO PACIENTE _____
 SEXO _____ IDADE _____ COR _____ ESTADO CIVIL _____ PROFISSAO _____
 CATEGORIA: _____ ANDAR _____ ALA _____ ENFERMARIA OU QUARTO _____
 LEITO _____ REGISTRO _____

MOTIVO DA CONSULTA

DATA ____/____/____

Assinatura do Médico CREMEPE

RELATORIO DA CONSULTA

DEVERA VOLTAR EM

DATA ____/____/____

Assinatura do Médico CREMEPE

101 HOF



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Nº: _____
 Clínica: _____ ENF: _____

DATA: _____ HORA: _____ EVOLUÇÃO: _____

1. Paciente em internamento na Clínica de Cirurgia Geral, admitido em 13/03/2020, com diagnóstico de hérnia inguinal. Foi submetido a cirurgia de correção da hérnia inguinal com utilização de rede sintética. Pós-operatório com evolução satisfatória. Sem sinais de infecção local ou sistêmica. Sem alterações de função renal e hepática. Sem alterações de hemograma. Sem alterações de exames de imagem. Sem alterações de exames laboratoriais. Sem alterações de exames de imagem. Sem alterações de exames laboratoriais. Sem alterações de exames de imagem. Sem alterações de exames laboratoriais.

Sinais

2. Paciente em internamento na Clínica de Cirurgia Geral, admitido em 13/03/2020, com diagnóstico de hérnia inguinal. Foi submetido a cirurgia de correção da hérnia inguinal com utilização de rede sintética. Pós-operatório com evolução satisfatória. Sem sinais de infecção local ou sistêmica. Sem alterações de função renal e hepática. Sem alterações de hemograma. Sem alterações de exames de imagem. Sem alterações de exames laboratoriais. Sem alterações de exames de imagem. Sem alterações de exames laboratoriais.



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 2

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 22/07/2019 09:51

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSÉ DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3328666

Leito: PED 409-02

Admissão: 05/05/2019 02:31

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 509220 (FECHADO)

Responsável: ANDREA MOURA DA NOBREGA - CRM 10988
/ PEDIATRIA

Data de Referência

06/05/2019

Data/Hora do Documento

06/05/2019 08:57

EM TEMPO

COMO MENOR ACIDENTOU-SE EM ESTRADA DE BARRO FAREMOS ESQUEMA TRIPLICE VACINACAO 14/03/2017

SOLICITADO HEMOGRAMA PCR TP/AE

AJUSTAR DOSE

OXACILINA PARA 300MG/KG/DIA
AMICACINA 15 MG/KG/DIA
METRONIDAZOL 30 MG/KG/DIA

ACOMPANHAMENTO DA CCIH

EVOLUÇÃO: 509163 (FECHADO)

Responsável: ANDREA MOURA DA NOBREGA - CRM 10988
/ PEDIATRIA

Data de Referência

06/05/2019

Data/Hora do Documento

06/05/2019 07:49

2 DIH 1 DPO

HD

FRATURA EXPOSTA DE PE DIREITO (1 E 2 METATARSOS)

LESOES EXTENSAS DE TENDONES EXTENSORES

LESAO VASCULAR ?

LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO

DS

ACIDENTOU-SE EM ESTRADA DE BARRO

SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVAC-

VOMITOS .

SAT 98/99 FC 120 BPM

DO

EG REGULAR EUPNEICO HIDRATADO AFEBRIL ACIANOTICO ANICTERICO ATIVO. CONSCIENTE

ORIENTADO.PALIDEZ CUTANEO MUCOSA

ACV RCR BNF COM SS FC 120BPM

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Numero Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

A. MV RUDE SEM RA FR 20-24IRM
ABDOMEN DEPRESSIVEL INDOLOR SEM VMG
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO
PE DIREITO COM CURATICO OCLUSIVO SUJO DE SANGUE

CONDUZA

SOL PRE OPERATORIO HEMOGRAMA COM PLAQUETAS TPIAE
MANTER ANTIBIOTICO AJUSTAR DOSE PARA 200MG KG DIA
ASSOCIAR AMICACINA PELA EXTENSAO DAS LESOES
VERIFICAR CARTAO VACINAL

ANDREA MOURA DA NOBREGA
CRM 10986



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 22/07/2019 09:52

Paciente: 1086044 JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3328666

Leito: PED 409-02

Admissão: 05/05/2019 02:31

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 510801 (FECHADO)

Responsável ANDREA MOURA DA NOBREGA - CRM 10986
(PEDIATRIA)

Data de Referência

08/05/2019

Data/Hora do Documento:

08/05/2019 07:50

4: DIH 3: DPO

HD

FRATURA EXPOSTA DE PE DIREITO (1 E 2 METATARSOS)
LESOES EXTENSAS DE TENDÕES EXTENSORES
LESAO VASCULAR ?
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO

DE SEM DISTERMIAS
DIURESE +
EVAC PRESENTES
SAT 98:97

EXAMES 06:05

HB 8.1 HTC23.2 PLAQUETAS 303.000
LC 13500
NEUT 60.3 LINF 26.0 MN 12.8 EO 0.7
PCR 6.4

AO EXAME
EG REGULAR EUPNEICO HIDRATADO, AFEBRIL ACIANOTICO, ANICTERICO ATIVO CONSCIENTE, ORIENTADO
PALIDEZ CUTANEO MUCOSA
ACV RCR BNF COM SS FC 120BPM
AR MV RUDE SEM RA FR 20
ABDOME DEPRESIVEL INDOLOR SEM VMG
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO
PE DIREITO COM CURATICO OCLUSIVO

CONDUTA MANTIDA
AGUARDANDO EXAMES

ANDREA MOURA DA NOBREGA
CRM 10986

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 2

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 22/07/2019 09:52

Paciente: 1088044 JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Numero Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3328666

Leito: PED 409-02

Admissão: 05/05/2019 02:31

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 512466 (FECHADO)

Responsável ANA ELIZABETH SILVA LARANJEIRA - CRM
9693 / PEDIATRIA

Data de Referência: 10/05/2019
Data/Hora do Documento: 10/05/2019 08:56

6 DIH 5 DPO

HD
FRATURA EXPOSTA DE PE DIREITO (1 E 2 METATARSOS)
LESOES EXTENSAS DE TENDONES EXTENSORES
LESAO VASCULAR ?
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO

EM USO
OXACILINA D4
METRONIDAZOL D4
AMICACINA D4

DE SEM DISTURMIAS
DIURESE +
EVAC PRESENTE

EXAMES 06/05
HB 8.1 HTC23.2 PLAQUETAS 303.000
LC 13500
NEUT 60.3 LINF 26.0 MN 12.8 EO 0.7
PCR 6.4

AO EXAME
EG REGULAR. EUPNEICO. HIDRATADO AFÉBRIL ACIANOTICO ANICTERICO ATIVO. CONSCIENTE. ORIENTADO
PALIDEZ CUTANEO MUCOSA
ACV RCR BNF COM SS FC 120BPM
AR MV RUDE SEM RA FR 20
ABDOME DEPRESIVEL INDOLOR SEM VMG
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO
PE DIREITO FERIMENTO EXTENSO COM PONTOS INTEGROS SEM SECREÇÃO. EDEMA +++ SEM OUTROS
SINAIS FLOGISTICOS. PRESENÇA DE SOFRIMENTO DE PELE SUPERFICIAL

CONDUTA MANTER ESQUEMA TRIPLICE
ACOMPANHAMENTO DA ORTOPIEDIA

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 2 de 2

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em: 22/07/2019 09:52

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

ANA ELIZABETH SILVA LARANJEIRA
CRM 9693

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 2

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 22/07/2019 09:53

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Numero Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3328666

Leito: PED 409-02

Admissão: 05/05/2019 02:31

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 515595 (FECHADO)

Responsável: ANDREA MOURA DA NOBREGA - CRM 10986 / PEDIATRIA

Data de Referência

15/05/2019

Data/Hora do Documento:

15/05/2019 06:56

11 DIH / 10 DPO

HD

FRATURA EXPOSTA DE PE DIREITO (1 E 2 METATARSOS);
LESOES EXTENSAS DE TENDONES EXTENSORES
LESAO VASCULAR ?
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO

EM USO

OXACILINA D9
METRONIDAZOL D9
AMICACINA D9

DE SEM DISTERMIAS

DIURESE +
EVAC PRESENTE

EXAMES 06/05

HB 8.1 HTC23.2 PLAQUETAS 303.000
LC 13500
NEUT 60.3 LINF 26.0 MN 12.8 EO 0.7
PCR 6.4

EXAMES 13/05

HB 9.0 HTC 26.4 PLAQUETAS 526.000
NEUT 54.4 LINF 35.2 MON 8.1 EO 1.9 BASOF 0.4
PCR 0.7

AQ EXAME

EG REGULAR EUPNEICO HIDRATADO AFEBRIL ACIANOTICO ANICTERICO ATIVO. CONSCIENTE. ORIENTADO.
PALIDEZ CUTANEO MUCOSA
ACV RCR BNF COM SS FC 120BPM
AR MV RUDE SEM RA FR 20
ABDOME DEPRESIVEL INDOLOR SEM VMG
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO
FO FO COM CURATIVO OCLUSIVO FAZENDO CURATIVO COM CCIH

CONDUTA MANTIDO ANTIBIÓTICO

ACOMPANHAMENTO DA ORTOPEDIA
CURATIVO COM CCIH

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 2 de 2

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 22/07/2019 09:53

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

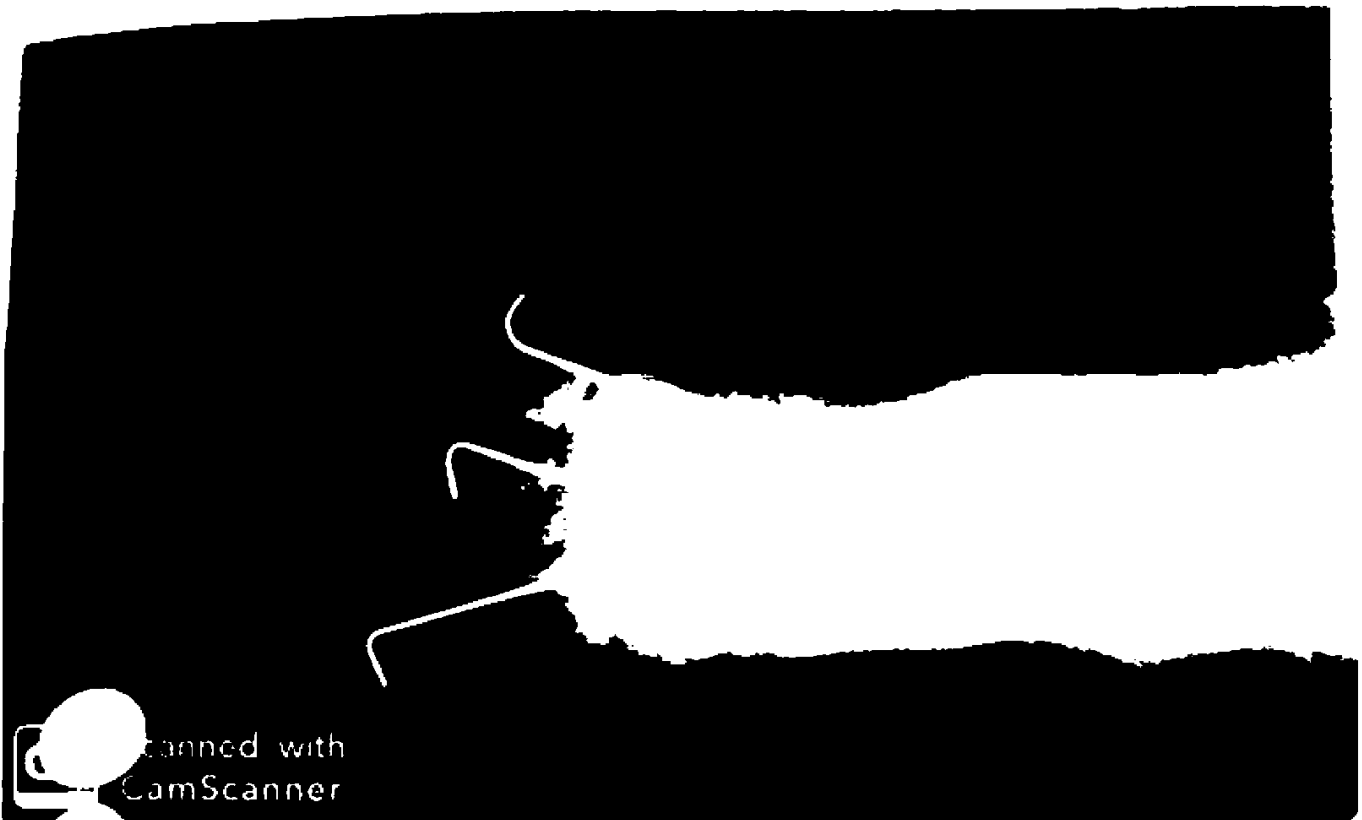
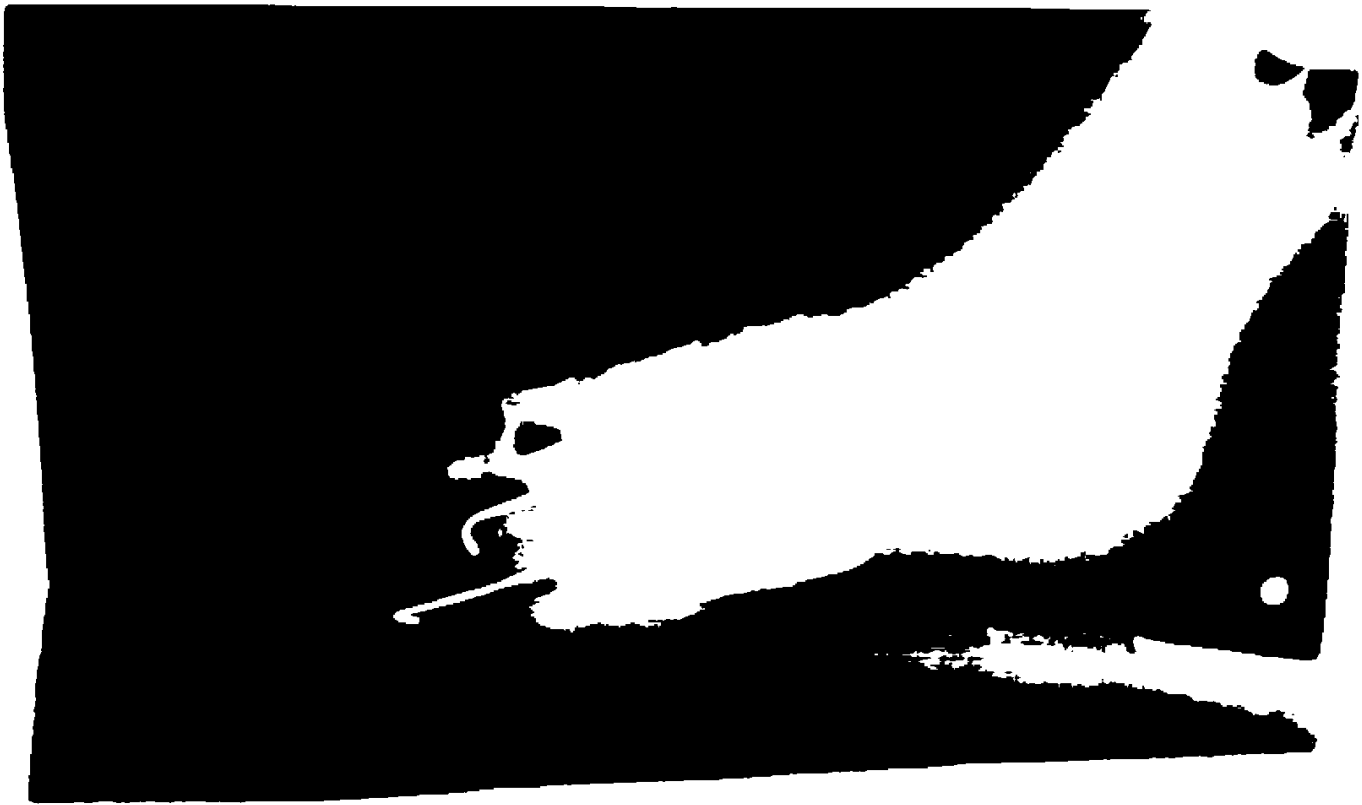
Função: MEDICO(A)

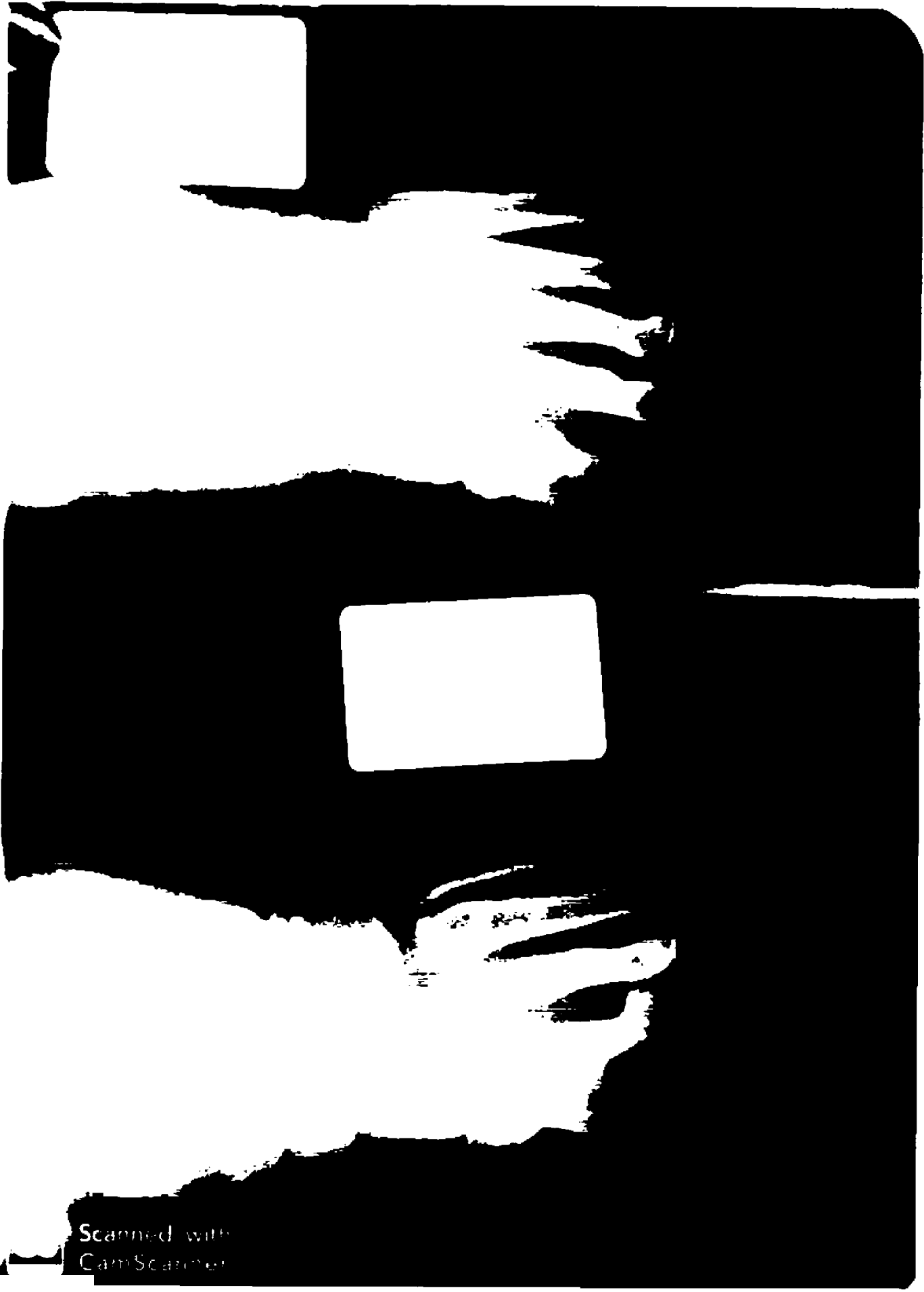
RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

ANDREA MOURA DA NOBREGA
CRM 10986

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico





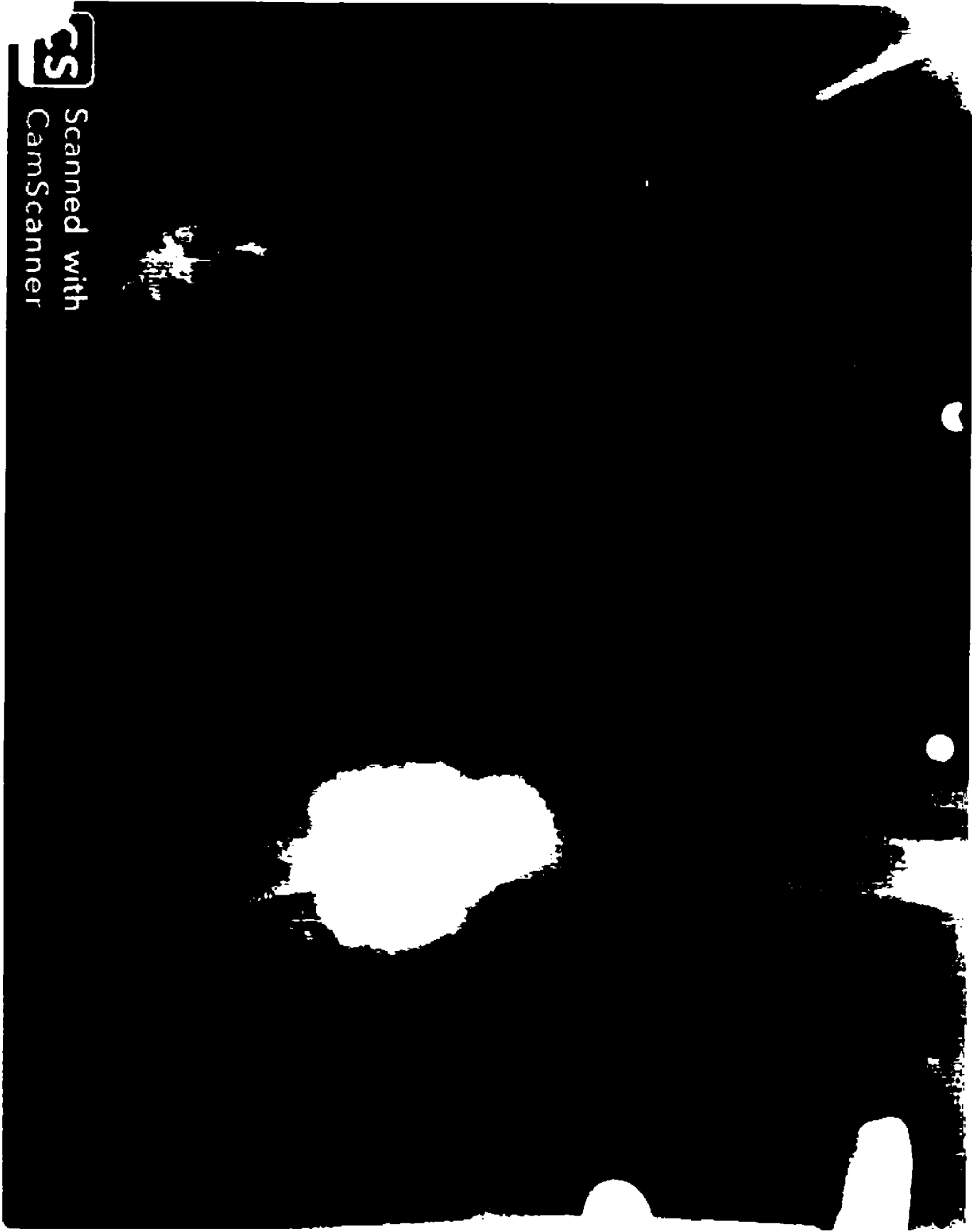


Scanned with
CamScanner





Scanned with
CamScanner





CS Scanned with
CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JEPERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

MATRÍCULA:

0730660155 2013 1 00017 021 0015176 34

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

cinco de Dezembro de Dois Mil e Doze

DEIA MÊS ANO
5 12 2012

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

01:34

Vitoria de Santo Antão PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Casinhas PE

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital João Murilo
de Oliveira

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

ROZINEIDE MARIA DA SILVA e JOÃO JOSE DOS SANTOS BEZERRA

AVÓS

MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA e VALDECI ANTONIO DA SILVA

FRANCISCA DOS SANTOS BEZERRA e JOSE SEBASTIÃO DA SILVA BEZERRA

GEMEO

NOME E MATRICULA DO(S) GEMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Vinte e Cinco de Fevereiro de Dois Mil e
Trezze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
30612451102

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES



CARTÓRIO DO CIVIL
E UNIFICADO DE NOTAS

MARIA SILVANDA DE MELO LUCENA

OFICIAL TABELA

RODOLFO JOSÉ DE MELO LUCENA

SUB-OFICIAL

Rua Cel. Perilandro - Centro

Casinhas - CEP: 55.750-000

CNPJ: 10.499.720/0001-20

O conteúdo da certidão é verdadeiro (ou fe)
Casinhas, 25 de fevereiro de 2013

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE CASINHAS

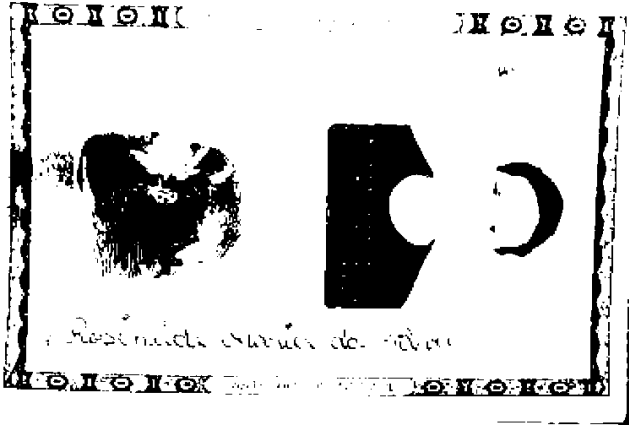
RUA CORONEL PERILANDRO, 98, 98 - CEP.: 55.750-000 - Casinhas - PE

O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:

<http://www.programainhacertidao.pe.gov.br/serco/consultacertidao.jsp>

Informe o código: 12073B72-93E6-4E45-9035-AD0B3800706 Data do Registro: 25/02/2013 11:31:12





9 581 662 25/09/2017
<< ROSINEIDE MARIA DA SILVA >>
<< VALDECI ANTONIO DA SILVA >>
<< MARIA ROSILDA MASCIMENTO DA SILVA >>
SURUBIM - PE 27/06/1995
<< CN 25070 L 194 F 2817 CART
VERTENTE DO LÉPIO-PE 24.07.1996 >>





Ministerio da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF **120.409.564-76**

Nome **ROSINEIDE MARIA DA SILVA**

Data de Nascimento **27/06/1995**

Situação Cadastral **REGULAR**

Data da Inscrição **05/02/2013**

Digito Verificador **00**

Comprovante emitido as **16:20:02** do dia **10/06/2019** (hora e data de Brasília)
Código de controle do comprovante **E385.E025.3543.A989**



Este documento não substitui o Comprovante de Inscrição no CPF

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548 de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRIBUTOS
 CATEGORIA NACIONAL DE IMPOSTAÇÃO

NOME: **RODOLFO JOSE DE ALBUQUERQUE FERREIRA**
 CEC. CONTRIB. (CNPJ) / CPF: **2892020 887 78**
 CV: **978.949.524-69** DATA NASCIM: **04/08/1969**
 FUNÇÃO: **ABRIL FERREIRA DE OLIVEIRA SOBRINHO**
MARFANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERREIRA
 PERÍODO: **01/01/2020** ANO: **2020** COT. ICM: **2,0**
 ULA10701209 VALOR: **15/12/2020** F. PAGAMENTO: **38/09/1986**

VÁLIDA EM 1998
 S. TRIBUTÁRIO NACIONAL
1219484604

A

LOCAL: **RAMPA CIMA DO CAPITANIAS - PE** DATA CANCEL: **24/12/2016**
 47887678891
 88678398667
OLTRAN - PE (PIRANAMBUCO)

PARCELAS PLASTICAS
1219484604

