Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

16/03/2020

Número: **0008648-34.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **14/02/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MATEUS OLIVEIRA BARBOSA 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
59293389	16/03/2020 10:46	2703602_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00086483420208172001

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 **MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora apresenta boletim de ocorrência completamente ilegível, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DO MÉRITO

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DE OCORRÊNCIA ILEGÍVEL)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora apresenta **registro da ocorrência policial completamente ilegível, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade.**

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

---

[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;

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

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

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

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

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

- 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 inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Percebe-se que o boletim de ocorrência apresentado é completamente ilegível, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo[5].

---

[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]xSEGURO 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]xAPELAÇÃO 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 **R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

> ***"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **20/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[6].

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[7].

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

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

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

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

> Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e
>
> Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

---

[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 citação[8.]

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[9]

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

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

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

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

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

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **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 **MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**, em curso perante **a 30ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00086483420208172001.

Rio de Janeiro, 6 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

16/03/2020

Número: **0008648-34.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **14/02/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MATEUS OLIVEIRA BARBOSA 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
59293390	16/03/2020 10:46	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTECURVATO DA PERNA DIREITA COM PERADA CO ALINHAMENTO E PRESENÇA IMPORTANTE

Resultados terapêuticos: LEVE DESVIO DE EIXO DA PERNA DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P.2,3 **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO(25%) - R$2.362,50. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417336/19

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 20/02/2019

CPF: 120.923.084-40

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA : 120.923.084-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659301 **Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 20/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA 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

Pag. 01859/01860 - carta_01 - INVALIDEZ

00020930

Carta nº 15157197

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659301 **Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 20/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Pag. 00213/00214 - carta_15R - INVALIDEZ

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$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

00030107

Recebedor: **MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **260**
Agência: **000000001**
Conta: **000026624284-0**
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 retomar 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

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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659301 **Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 20/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA 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. 01925/01926 - carta_02 - INVALIDEZ

00060963

Carta nº 15237662

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659301 **Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 20/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00579/00580 - carta_09 - INVALIDEZ

00060290

Carta nº 15299338

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	120 923 084-40	MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
6 - CPF: 120.923.084-40
7 - Profissão: REC. INF
8 - Endereço: LO LAGOA NOVA
9 - Número: 11
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAGOA NOVA
12 - Cidade: SURUBIM
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55750 000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 81 99700 1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NUBANK
AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 266242 84 0 (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

☒ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 25/11/2019

× Mateus Oliveira Barbosa da Silva
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001/002/2019

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190659301
Nome do(a) Examinado(a): Mateus Oliveira Barbosa da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Lo Lagoa Nova, 11 Casa
Lagoa Nova Surubim PE CEP: 55750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 9695900
Data local do acidente: [20/02/2019]
Data local do exame: [23/12/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FARTURA DE TIBIA E FIBULA COM FIXADOR EXTERNO, POSTERIORMENTE COM PLACA E POR FIM PLACA COM ENXERTO ÓSSEO
Complicações: REFRATURA, SEM OUTRAS COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 10/12/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTECURVATO DA PERNA DIREITA COM PERADA CO ALINHAMENTO E PRESENÇA IMPORTANTE

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

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM PERNA DIREITA

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

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

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual **(X) 25% leve**
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

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

Vitima já indenizada por dano leve do membro inferior direito.

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

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -
DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0206000934**

Ocorrencia registrada nesta unidade policial no dia **24/04/2019** às **11:57**

[illegible] 19E0206000867

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **20/2/2019** no período da **Manhã**

[illegible] **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 1, PE 90 - TREVO** Bairro: **CENTRO - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL**
[illegible] **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

[illegible]

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

[illegible] Qtd: 1 Sit(a): MATADO
[illegible]

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

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

LUISMAR PAULINO DE ANDRADE (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Pai: **MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA** Mãe: **EZEQUIEL BARBOSA DA SILVA** Data de nascimento: **24/9/1998** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
[illegible] **MUNICIPIO DE SURUBIM, 11, SITIO LAGOA NOVA - CEP: 55606-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL**

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

[illegible] 24/04/2019 11:50

VEICULO (VEICULO) [illegible] LUISMAR PAULINO DE ANDRADE
[illegible] MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
[illegible] MOTOCICLETA/HONDA/XR 200R [illegible] Não
[illegible] BRANCA [illegible] 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

[illegible] KJC5138 [illegible] 764417908 [illegible]
9C2ND2000 1R026897
[illegible] 2001/2001

Complemento / Observação

DIZ A VITIMA QUE CONDUZIA O VEICULO EM TELA PELO ENDEREÇO JA MENCIONADO QUANDO FOI TRANCADO POR UM TOYOTA DE PLACA NAO ANOTADA, ONDE O SR. MATEUS CAIU DA MOTO, TENDO VARIAS ESCORIAÇOES ALEM DE QUEBRAR A PERNA DIREITA. A MOTO TEVE DIVERSAS AVARIAS. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DE SURUBIM E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREIRTAS NA CIDADE DE RECIFE. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS

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

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

[illegible] RONALDO SEVERINO DOS SANTOS - Matrícula 350981-0

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	120 923 084-40	MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
6 - CPF: 120.923.084-40
7 - Profissão: REC. INF
8 - Endereço: LO LAGOA NOVA
9 - Número: 11
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAGOA NOVA
12 - Cidade: SURUBIM
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55750 000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 81 99700 1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ( ) ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: ( ) ( ) (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NUBANK
AGÊNCIA: (0001) ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: (266242 84) (0) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 25/11/2019

× Mateus Oliveira Barbosa da Silva
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001/002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 260
AGÊNCIA: 00001
CONTA: 000026624284-0

Nr. da Autenticação 56200451CCA04DA4

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA EDILENE BARREIRA DE OLIVEIRA

CPF 026.611.514-02 Nº 2092364749

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM GD

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LOTEAMENTO NOVA 11

LOTEAMENTO NOVA 11
SURUBIM PE
55750-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4003479558	11/2019

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
094845205	UNICA	14/11/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA A LEITURA
22/11/2019	17/12/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/11/2019	3002161638	977[illegible]14

TOTAL A PAGAR (R$): 132,76

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,26247243	7,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,44995774	31,49
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	90,000000	0,92483911	82,76
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,53
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,78
Contrib. Ilum. Pública Municipal			23,30
Multa por atraso de pagamento [illegible]			[illegible],8
Juros por atraso [illegible]			0,67
Atualização monetária [illegible]			0,34

TOTAL DA FATURA 132,76

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
5029626*	CAT	15/10/2019	[illegible]	14/11/2019	[illegible]	30	1,0000		193,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

NOV/19	193
OUT/19	190
SET/19	104
AGO/19	195
JUL/19	165
JUN/19	191
MAI/19	230
ABR/19	174
MAR/19	179
FEV/19	174
JAN/19	183
DEZ/18	214
NOV/18	186

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	107,41	25,00	26,85
PIS	107,41	1,65	1,77
COFINS	107,41	7,60	8,16

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	28,39	26,44%
Transmissão	R$	3,63	3,37%
Distribuição (Celpe)	R$	23,39	21,78%
Perdas de Energia	R$	7,33	6,82%
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]%
Tributos	R$	32,39	30,16%
Total	R$	107,41	100%

TARIFAS APLICADAS

[illegible]

0,47728450
0,31412000
0,47130000

MENSAGEM AO PAGO

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regra nº 56/40 Ressarcimento de Você [illegible] tarifas [illegible] Bandeira Tarifária [illegible] de [illegible] em [illegible] Celpe [illegible] data de leitura e a bandeira em [illegible] vencimento. Mais informações em www.energia.gov.br. O cliente a comparecer [illegible] Regra em atividade gera multa [illegible] Resolução Nº 414/2010 e alterações [illegible] Desconto pela descontinuidade no fornecimento [illegible] Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R$ 21,96. O cliente a comparecer [illegible] descontinuidade no fornecimento [illegible]

[illegible] geral de [illegible] 414/2010, tarifas, produtos, serviços, procedimentos operacionais de atendimento e adequações para consulta, entre outras informações de atendimento e no site www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	SUBGRUPO	INDICADOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC		1,01	9,55	11,10	22,21
FIC		1,00	3,38	6,72	13,45
DMIC		1,01	3,40	4,00	8,00

Limite DIC (%) [illegible] ELSE [illegible]

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÁXIMO
220	[illegible]	[illegible]

[illegible]

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
[illegible]	[illegible]	22/11/2019	132,76

Tarif. Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

NOTA FISCAL · FATURA · CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

CÓDIGO DO CLIENTE 7005749888

MÊS/ANO 10/2019

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO

DATA DE VENCIMENTO 14/10/2019

DATA DE APRESENTAÇÃO DA FATURA 07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 102,74

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

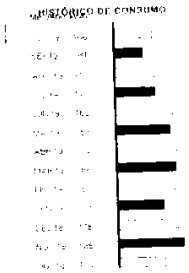
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
			87,55
			[illegible]
			5,97
			6,64
			0,78
			1,80
			1,05
			[illegible]

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
									106,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	29,45	31,65%
Transmissão	R$	[illegible]	3,47%
Distribuição (Celpe)	R$	19,81	21,07%
Perdas de Energia	R$	[illegible]	6,57%
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	4,85%
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	93,06	100%

TARIFAS APLICADAS 0,54933000

REALIZADO PELO SICOB

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Na rede credenciada Bradesco, Caixa Econômica Federal, Lotéricas, Correspondentes Caixa Aqui, Internet Banking, Caixa Eletrônico, Telefone e Agência Virtual. DÉBITO AUTOMÁTICO: Cadastre-se em qualquer Agência Bradesco. Informações: 0800 [illegible] Estatuto 9.455/97 - Portaria [illegible] DE Portaria Decreto. Estatuto do Idoso Lei 10.741/03. Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438/02 e atualização monetária pelo IPCA. Cliente consulta sua tarifa [illegible] Serviços [illegible] % Receita ANEEL [illegible] Lei 10.438/02 e atualização monetária pelo IPCA. Cliente consulta sua tarifa [illegible] Serviços [illegible] Prazo de atendimento [illegible]

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

Serviços

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA Mª MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.923.084 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.923.084 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

_____

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
CENTRO	SURUBIM	PE	55790-000
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
	81-99700-1948	81-99161-3907	

SURUBIM, 25 de NOVEMBRO de 2019.
Local e Data

Adriana Mª M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

IDENTIFICAÇÃO

MÉDICO REGULADOR	TARM	OPERADOR DE FROTA

DATA	HORA	ID	Nº OCORRÊNCIA	UNIDADE MÓVEL	BASE DA UNIDADE

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA	Nº

BAIRRO	MUNICÍPIO

PONTO DE REFERÊNCIA

NOME DA VÍTIMA	IDADE	SEXO M	SEXO F

SOLICITANTE/FONE	CARTÃO DE SAÚDE - SUS

QUEIXA

Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída no destino	Chegada na base

☐ Orientação ☒ Transporte ☐ Transferência ☐ Cancelada antes da regulação ☐ Local não encontrado ☐ Cancelada

☐ Transferência (senha) _____

Tipo de Ocorrência:
- ☒ Acidente Trânsito: _____
- ☐ Pedestre
- ☒ Condutor do veículo
- ☐ Passageiro do veículo
- ☐ Agressão
- ☐ Clínico
- ☐ Desabamento/Soterramento
- ☐ Eletrocussão
- ☐ FAB
- ☐ FAF
- ☐ Gineco-obstétrico
- ☐ Lesões térmicas
- ☐ Pediátrico
- ☐ Psiquiátrico
- ☐ Quase Afogamento
- ☐ Queda _____ metros
- ☐ Queimadura
- ☐ Térmica
- ☐ Química
- ☐ Elétrica
- ☐ Outros:

Antecedente:
- ☐ AIDS
- ☐ Alcoolismo
- ☐ Alergia
- ☐ AVC
- ☐ Cirurgias Realizadas
- ☐ Convulsões
- ☐ Diabetes
- ☐ Doença Cardíaca
- ☐ Doença Infecto contagiosa
- ☐ Doença Mental
- ☐ Doença Renal
- ☐ Drogadição
- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Internamentos anteriores
- ☐ Medicamento: _____
- ☐ Problemas Respiratórios
- ☒ Outros: _____

Exame Clínico:
Principais sintomas / Queixas
- ☐ Agitação/agressividade
- ☐ Alergia
- ☐ Ausência de pulso
- ☐ Cianose
- ☐ Convulsão
- ☐ Diarréia
- ☐ Dificuldade Respiratória
- ☒ Dor Local
- ☐ Febre
- ☐ Inconsciente/Desmaio
- ☐ Palidez
- ☒ Sangramento
- ☐ Vômito
- ☐ Outros: _____

Início dos Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

	Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axiliar	Glicemia	Saturação O_2 %	Escala de Glasgow
Início						0		
Fim								

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:
- ☒ Livre
- ☐ Obstrução Parcial
- ☐ Total
- ☐ Corpo Estranho
- ☐ Bronco Aspiração
- ☐ Edema de Glote
- ☐ OBS

Respiração/Ventilação:
- ☒ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assistida
- ☐ Ritmo Irregular

Ausculta:
- ☒ Normal
- ☐ Roncos/sibilos
- ☐ Estertores
- ☐ Diminuição MV
- ☐ Ausência MV

Expansibilidade:
- ☒ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Etílico ☐ Outros

CIRCULAÇÃO

☒ Pele	☐ Cianose	☐ Fria	☐ Úmida	☒ Normal	☐ Palidez	☐ Quente	☐ Seca	☐ Outros:
☐ Edema	☒ Ausente	☐ Palpebral	☐ M Inferiores	☐ Anasarca				
☒ Perfusão	☒ Normal	☐ Retardada	☐ Ausente					
☒ Pulso	☒ Regular	☐ Irregular	☐ Fino	☐ Cheio	☐ Ausente			
☒ Ausculta	☒ Normal	☐ Hipofonese	☐ Atrito pericárdio	☐ Arritimia	☐ Sopro			
☒ ECG	☐ Normal	☐ Alterado	☒ Não realizado					

Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Aceleração											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES

EXAME NEUROLÓGICO:
- ☐ Agitação
- ☐ Sonolência
- ☐ Coma
- ☐ Contusão
- ☐ Convulsão
- ☐ Otorragia Direita
- ☐ Otorragia Esquerda
- ☐ Sinal Battle Direito
- ☐ Sinal Battle Esquerdo
- ☐ Sinal de Guaxinin direito
- ☐ Sinal de Guaxinin esquerdo
- ☐ Rigidez de nuca
- ☐ Afasia
- ☐ Miose Direita
- ☐ Miose Esquerda
- ☐ Midriase Direita
- ☐ Midriase Esqueda
- ☐ Paralisia
- ☐ Paresia
- ☐ Anestesia
- ☐ Parestesia
- ☐ Arreflexia
- ☐ Pupila reagente
- ☐ Pupila não reagente
- ☐ outros:

SEGMENTO:
Pescoço:
- ☐ Traquéia
- ☐ Normal
- ☐ Turgência jugular
- ☐ Enfisema subcutâneo
- ☐ Outros:

Abdômen:
- ☐ Distensão ☐ Ascite
- ☐ Doloroso/Defesa
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Irritação peritonial
- ☐ Normal
- ☐ Outros

Urogenital:
- ☐ Anúria
- ☐ Giordano Direito
- ☐ Giordano Esquerdo
- ☐ Hematúria
- ☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal ____ semanas ☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa rôta ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR: _____

PROCEDIMENTOS:
- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
- ☐ Entubação Nasotraqueal
- ☐ Cânula Orofaringea
- ☐ Cricotireoidostomia
- ☐ Ventilação Mecânica Ambu
- ☐ Respirador
- ☐ Inalação O2
- ☐ Toracocentose c/ Agulha Direita
- ☐ Toracocentose c/agulha esquerda
- ☐ Drenagem Torácica Direita
- ☐ Drenagem Torácica Esquerda
- ☐ Massagem Cardíaca Externa
- ☐ Desfibrilação/Cardioversão
- ☐ Controle Hemorragia
- ☐ Curativo
- ☐ Punção Venosa Periférica
- ☐ Punção Venosa Central
- ☐ Sonda Gástrica
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Sedação
- ☐ Imobilização Membros
- ☐ Colar Cervical
- ☐ Talas/Tração
- ☐ Entubação Orotraqueal
- ☐ Traqueostomia
- ☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
- ☐ Outros

Diagnosticos: _____

TERAPÊUTICA:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado					
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:
UNIDADE HOSPITALAR: _____
MUNICÍPIO: _____
INTERCORRÊNCIA: _____

_____
Assinatura e carimbo do médico
(Unidade de destino)
HORA: _____

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor

TERMO DE RECUSA:
Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1° MACRO REGIÃO METROPOLITANO, nesta oportunidade:

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda

PREFEITURA DE
SURUBIM

- DECLARAÇÃO –

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Mateus Oliveira da Silva,** nascido no dia 24/09/1996, filho da **Sra. Maria Edilene Barbosa de Oliveira** e do **Sr. Ezequiel Barbosa da Silva.** Residente em Lagoa Nova nesta Cidade. Solicitou no dia 18/11/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente (queda de moto).

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda** no dia 20/02/2019 pelo médico plantonista **Dr. Pedro Henrique Araújo CRM – 25831.**

Surubim, 18 de novembro de 2019

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

SURUBIM - FUNDO MUNCIPAL DE SAÚDE

UPA ~~24H DR~~ GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA **Cor/Raça:** PARDO **Nº OCORRÊNCIA:** 00055742

Prontuário: 31300 **CNS:** 164236721570018 **Idade:** 22 Anos 4 Meses 27 Dias **Sexo:** MASCULINO

Nome: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Nascimento:** 24/09/1996 **Est.Civil:** SOLTEIRO(A)

End.: LAGOA NOVA **Nº:** **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:** 55750000

Cidade: SURUBIM **Nac.:** BRASILEIRA **Doc nº:** 9695900

Mãe: MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA **Pai:** EZEQUIEL BARBOSA DA SILVA

Profissão: ESTUDANTE **Responsável:** **Tel.:** 81 99283275

Últimas Ocorrências:

Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
20/02/2019	09:11	55742	CONSULTA SAMU ROBO
10/03/2018	17:22	1459	CONSULTA

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
					Feito as 09:35 Josenildo L. de Lima Téc. em Enfermagem COREN - PE - 83.389

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

4d sofreu queda de moto. Relata dor lombar. Apresenta hatura exposta em face D. AC/AR: NDN. Refere dor em perna D

TRATAMENTO:

1) Dipirona 20 gotas
2) SF 0,9% 100ml EV
3) Solicito Rx bacia frente

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: **CID:**

Trauma de membro

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

CONSULTAS /ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

Dr. Henrique Araújo Medido CRM-PE 23831

HORÁRIO:

DATA SÁIDA:

HORA SÁIDA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

DATA: 20/02/2019 09:11:40 RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS

10:10 – Paciente estável hemodinamicamente, refere dor no local da fratura

Fulano 10:29

CD: 1) Tramadol 50mg + SF0,9% 100ml EV

2) Ao Ortopedista – HOF

Senha: 5624341

Dulcineu Silva
Téc. Enfermagem
COREN PE 548 607

Pedro Henrique Araújo
Médico
CRM-PE 2587

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Dr° Gentil Augusto de Miranda

urna 5624541

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local

Hospital Local: PA Surubim	Município: Surubim
Nome do Paciente: Ateus Oliveira Bonhosa da Silva	data de Nascimento: 21/09/96
Quadro Clínico: acente, 22 anos, com quadro de queda de moto há 02 horas. Apresenta fratura exposta perna direita. RX evidencia fratura de tíbia e fíbula. ECG 15; PA: 120 x 7[illegible] Ferida em [illegible] com avaliação [illegible]	
HD: fratura de fíbula e tíbia D	
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRM: 25831 DATA: / DATA: 20/2/19
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN: / DATA:

1ª REMOÇÃO	1° Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) fratura de fíbula D tíbia D			
	Assinatura do (a) médico (a):		CRM: 25831	
2ª REMOÇÃO	2° Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)			
	Assinatura do (a) médico (a):		CRM:	

Assinatura do Responsável	
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem	COREN:
Assinatura do Motorista	Placa da Ambulância:

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

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Hunters C. B. Silva Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Laudo

Retorno para [illegible] o paciente
[illegible] foi [illegible] o tratamento
[illegible] [illegible]
Psicofarmacológico. No momento, [illegible]
[illegible] Psicologia e Fisioterapia
CID (16) - S52.1

23/01/19

Data: _____

_____
Médico-CRM

075-HOF

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco Estr. Rua Engenho Jurumirim S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3183-8000

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

CLAUDIO ACIOLI

PACIENTE MATEUS CONCEIÇÃO
CARDOSO DE JESUS 22 COM
HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO
EM 2/(-)2/14 EM TRATAMENTO DE
FRATURA DE ÚMERO DIREITO
DIREITO ACCESSO DE 12 CM
COM CONTROLE DE APARÊNCIA
TAMANHO DE JUNÇÃO ANTERIORMENTE
PONTE DUPLA
COM ISCO

2/(-)/14

Dr. Silvio Maciel
Ortopedista
CRM 0750

Data: ___/___/___ _____
Médico-CRM

075-HOF

** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA – CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: _____

Reg.: _____ **Enf.:** _____ **Leito:** _____

DATA DE ENTRADA: ___/___/___ DATA DE SAÍDA: ___/___/___

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): _____

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: _____

PARA CONTROLE EM ___/___/___

Francisco J. Sarassuna Carvalcanti
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4568

MÉDICO RESPONSÁVEL – CRM

105-HGOF

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 20/02/2019 14:04
Prontuário: 1080564
Nº. Atendimento: 3301642
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Nome:
MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade:
22 Anos 8 Meses 28 Dias

Nasc.
24/09/1996

Sexo:
MASCULINO

CNS:
703406537886800

Contatos:
81. 97350648 | Celular: 81.

Mãe:
MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA

Endereço:
LAGOA NOVA , N.º 11 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Admissão

Queixa Principal

DOR, DEFORMIDADE E EDEMA EM MID

História Clínica

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ +-7H ENCAMINHADO DE SURUBIM COM DIAGNOSITO DE FX EXPOSTA DA TIBIA DIREITA. CHEGA APENAS COM A IMOBILIZAÇÃO EM MID. NEGA DESMAIOS OU VOMITOS, NEGA DOR EM OUTROS SEGMENTOS OSTEOARTICULARES.

Exame Físico

VIAS AEREAS PERVIAS, EUPNÉICO, CORADO, GLASGOW 15, EDEMA IMPORTANTE EM MID, PERFUSÃO MANTIDA, NÃO CONSIGO PALPAR PULSO PEDIOSO NEM TIBIAL POSTERIOR NESTE MEMBRO, PRESENÇA DE FERIMENTO +-2CM ANTERIOR NA PERNA.

Observações

NEGA ALERGIA, NEGA COMORBIDADES
DT HÁ MAIS DE 10ANOS

Conduta

RX - FRATURA EXPOSTA TIBIA DIR

INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE URGÊNCIA

THIAGO LUIZ DE LIMA CINTRA - CRM: Nº.CRM18418

21/02/19
De acordo com original.

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Idade:** 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126 **Função: MEDICO(A)**

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698 **Leito:** TRAU 27-03 - POSTO III **Admissão:** 20/02/2019 15:46
Convênio: SUS - INTERNACAO **Plano:** PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 472484 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Data de Referência: 04/03/2019
Data/Hora do Documento: 04/03/2019 08:53

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PCT NO 12 DPO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D.
EXAMES PRE OPERATÓRIOS JA REALIZADOS.
PREVISÃO DE RETIRAR FIXADOR EXTERNO APÓS O CARNAVAL.
PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECCAO, PERNA DIREITA COM EDEMA (+2/+4) CD MANTIDA.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Idade:** 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126 **Função: MEDICO(A)**

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698 **Leito:** TRAU 27-03 - POSTO III **Admissão:** 20/02/2019 15:46
Convênio: SUS - INTERNACAO **Plano:** PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 473979 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Data de Referência: 07/03/2019
Data/Hora do Documento: 07/03/2019 09:43

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PCT NO 14 DPO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D.
PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECCAO, PERNA DIREITA COM EDEMA (+1/+4).
AGUARDANDO RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.
CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
Nº DO REGISTRO: 1080564
CLÍNICO: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Nº DO LEITO: 04-01

OPERADOR: DR MAURÍCIO

1º ASSISTENTE: DR JOAQUIM / DR ULYSSES
2º ASSISTENTE: DR ARTUR / DRA LIS
INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: DRA ANA JUCÁ
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO
DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 29/03/2019 INÍCIO: FIM:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: DEFORMAÇÃO DE SÍNTESE DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA A DIREITA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: CORREÇÃO DE DEFORMAÇÃO DE SÍNTESE DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA A DIREITA + ENXERTO ÓSSEO

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO
2. ASSEPSSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM CICATRIZ PRÉVIA (ANTEROMEDIAL A DIREITA)
5. RETIRADA DE OSTEOSSÍNTESE PRÉVIA
6. RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO DA TÍBIA LATERAL EM CUNHA
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRAGMENTOS DISTAL E PROXIMAL DA TÍBIA
8. FIXAÇÃO DA REDUÇÃO COM PLACA DCP 4,5 E 8 PARAFUSOS CORTICAIS
9. INCISÃO EM CRISTA ILÍACA NA LINHA INTERMEDIÁRIA
10. DIVULSÃO POR PLANOS
11. RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DA AREA INTERNA DA CRISTA ILÍACA
12. COLOCAÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO EM ÁREA DE DESCONTINUIDADE DA TÍBIA
13. FIXAÇÃO DE FRAGMENTO EM CUNHA COM 1 PARAFUSO CORTICAL DE COMPRESSÃO
14. SUTURA POR PLANOS DAS INCISÕES
15. CURATIVO
16. A SR

OBS: SÍNTESE DE PROGNÓSTICO RESERVADO DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO (PERDA ÓSSEA IMPORTANTE.COM PEQUENO CONTATO PRESERVADO ENTRE OS FRAGMENTOS)

OBS: PROGNÓSTICO RESERVADO TAMBÉM DEVIDO À REABORDAGEM EM UM PERÍODO CURTO DE TEMPO PACIENTE SOFREU UM NOVO ACIDENTE HÁ 5 DIAS. ANGULANDO A PLACA COLOCADA E SENDO PORTANTO, NECESSÁRIA A REABORDAGEM

EMPRESA:	**MATERIAL USADO:**
ORTOMEDICA	**PLACA DCP 4,5**
	09 PARAFUSOS CORTICAIS

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Idade:** 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126 **Função: MEDICO(A)**

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698 **Leito:** TRAU 27-03 - POSTO III **Admissão:** 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO **Plano:** PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 476458 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 12/03/2019
Data/Hora do Documento: 12/03/2019 07:47

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PCT NO 18 DPO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D.
PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECCAO, PERNA DIREITA COM EDEMA (+1/+4).
AGUARDA SEGUNDO TEMPO CIRURGICO PROGRAMADO PARA HOJE.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Idade:** 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126 **Função: MEDICO(A)**

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698 **Leito:** TRAU 27-03 - POSTO III **Admissão:** 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO **Plano:** PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 477106 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 13/03/2019
Data/Hora do Documento: 13/03/2019 07:57

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

HD: DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D.
PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECCAO.
SEGUE AGUARDANDO REALIZAÇÃO DE CX.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO
Em 21/06/2019 08:44

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Idade:** 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126 **Função:** MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698 **Leito:** TRAU 27-03 - POSTO III **Admissão:** 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO **Plano:** PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 477731 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 14/03/2019
Data/Hora do Documento: 14/03/2019 07:53

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

HD: DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D.
PCT EVOLUI EM BEG. VEM APRESENTANDO FASCIE DE TRISTEZA, DEPRESSIVO. SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECCAO.
SEGUE AGUARDANDO REALIZAÇÃO DE CX.
SOLICITO PARECER DO PSICÓLOGO.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Atendimento: 3314171

Dt Atendimento: 20/02/2019 - 10:08 **Dt Alta: 01/04/2019 - 17:15**

Paciente: 1080564 MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 120 TRAU 04-01 - POSTO I Plano: 1 PLANO UNICO

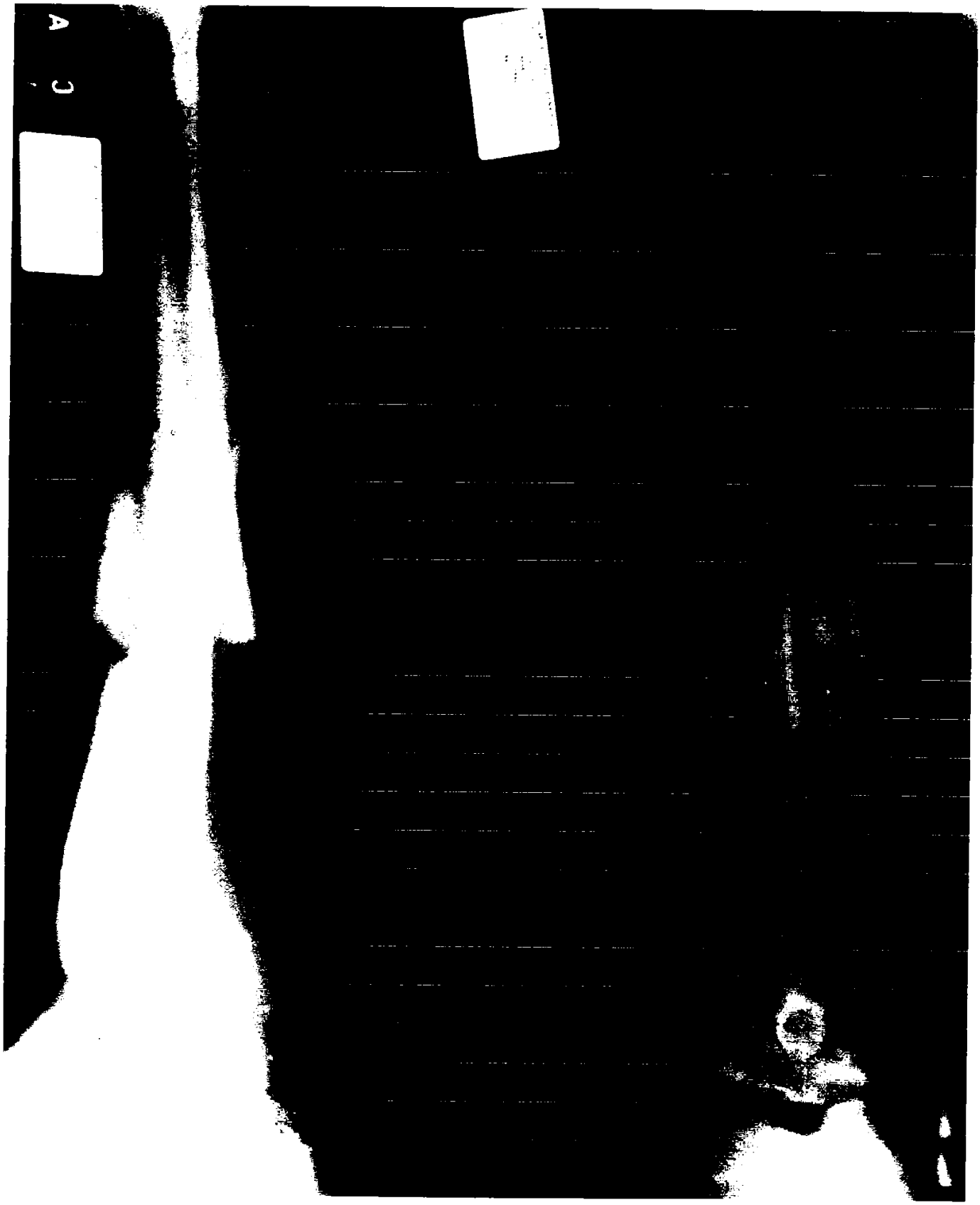
Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P Usuário: EDINEIDETSF

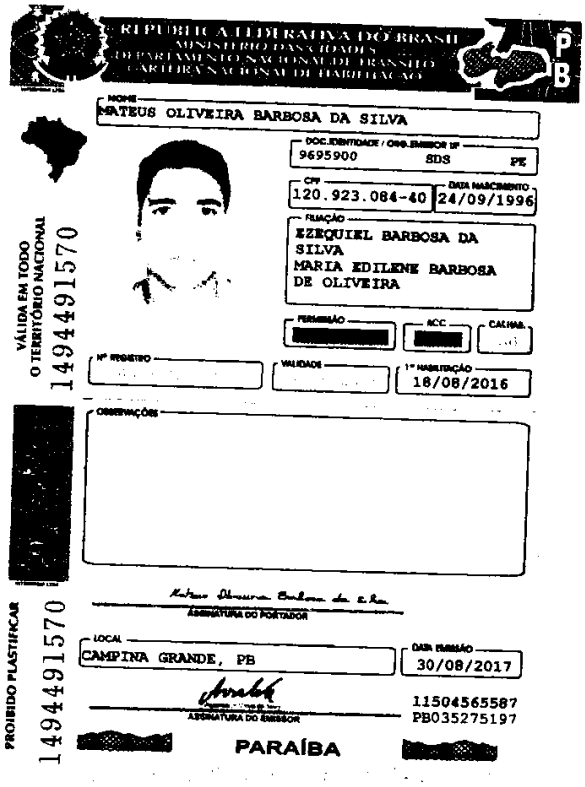
Diretor Clínico:

CID: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta





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

PB

NOME
MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF
9695900 SDS PE

CPF
120.923.084-40

DATA NASCIMENTO
24/09/1996

FILIAÇÃO
EZEQUIEL BARBOSA DA SILVA
MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO [redacted]

ACC [redacted]

CAT.HAB.

Nº REGISTRO

VALIDADE

1ª HABILITAÇÃO
18/08/2016

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
30/08/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

11504565587
PB035275197

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

14944915 70

PROIBIDO PLASTIFICAR

14944915 70

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA
ISMARTE FERREIRA DE MO
URA

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB
B

Nº REGISTRO

VALIDADE

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

53286755000
PE078665272

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN-PE

Nº 01381690209 9

10250124505

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

DENATRAN

VIA	CAP. RENAVAM	CHAPA
1	754417208	**********

NOME/ENDEREÇO

LUISMAR PAULINO DE ANDRADE
RUA MANOEL ANASTACIO RODRIGUES 1
15 CE LAGOA NOVA
SURUBIM-PE 55750-000

CPF/CNPJ	PLACA
010.113.194-11	KJE5148

NOME ANTERIOR

ANTONIO FRANCISCO DE MOURA NETO

PLACA ANTIGA	CHASSI
**********	9C2MD28001R020997

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
PAS /MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/XR 200R	2001	2001

CAP/POT CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/126CL	PARTIC	BRANCA
25185980		

OBSERVACOES

SEM RESERVA

LOCAL	DATA
SURUBIM-PE	05/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417336/19

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019

CPF: 120.923.084-40 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA : 120.923.084-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

SURUBIM (PE), 04 DE DEZEMBRO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO. DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190659301

Prezado Senhor(a),

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 20/02/2019, onde sofri FRATURA EXPOSTA NA MINHA PERNA DIREITA COLOQUEI PLACA E PARAFUSO 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.

Mateus Oliveira Barbosa da Silva

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTECURVATO DA PERNA DIREITA COM PERADA CO ALINHAMENTO E PRESENÇA IMPORTANTE

Resultados terapêuticos: LEVE DESVIO DE EIXO DA PERNA DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P.2,3 **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO(25%) - R$2.362,50. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 9695900 SDS/PE – CPF: 120.923.084-40
DATA DO ACIDENTE: 20/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: LO LAGOA NOVA , Nº 11, LAGOA NOVA, SURUBIM – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

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

SANTA MARIA DO CAMBUCA- PE 20 DE NOVEMBRO 2019

Mateus Oliveira Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
2º TABELIONATO Rua Sete de Setembro, 10, Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3641-1415 E-mail: cartorio2notassurubim@creuza@gmail.com
Creuza Maria Silva de Lima - Tabelhã Publica
Reconheco por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
Dou fe. Surubim, sexta-feira, 22 de novembro de 2019 - 10:23h
Em Testemunho da verdade.
Elizabete Lira de Andrade Cadena - 2ª Substituta
Total 4,91 *VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE*
73214.GQ010201902.02826-Rua Sete de 10 - Centro - SURUBIM-PE

2º Tabelionato de Notas de Surubim - PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417336/19

Número do Sinistro: 3190659301

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 20/02/2019

CPF: 120.923.084-40

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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: 11/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Marta Marinho dos Santos