



Número: **0008809-44.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/02/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
A. P. S. D. S. (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59296785	16/03/2020 11:10	2704461_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00088094420208172001

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALLISON PEDRO SOARES DA SILVA** representado por **SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **08/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **07/11/2018**.

Cumprе 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.

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



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/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

FALTA DE PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS

Verifica-se que não consta nos autos qualquer instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, violando a regra esculpida no art. 104 do CPC.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

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 IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que o não há nos autos procuração ou substabelecimento outorgando poderes para advogado que assinou eletronicamente a petição inicial.

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. "A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).

2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.

3. "A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts. 13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)

Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária à outorga de mandato.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

DO MÉRITO

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

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

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

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)



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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 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 **08/09/2018**. 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

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



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 parciais⁴.

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 STJ⁵.

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 SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

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 ação⁷.

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 Súmula 474 do STJ.**

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

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

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

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

⁷ art. 1º . (...)

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



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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
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					

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALLISON PEDRO SOARES DA SILVA**, em curso perante a **20ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00088094420208172001.

Rio de Janeiro, 10 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





16/03/2020

Número: **0008809-44.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/02/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
A. P. S. D. S. (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59296786	16/03/2020 11:10	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <u>08/09/18</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>08/09/18</u>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Allinson Pedro Soares da Silva</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>fratura dos ossos da perna</u> <u>esq.</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <u>Osteossíntese com placa</u> <u>e parafusos</u> <u>Fisioterapia motora - 20 sessões</u>	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFIÇO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	<u>Dor, edema, déficit de força</u>
2º	<u>na perna esquerda</u>
3º	<u>Perda de função de 25% na</u>
4º	<u>perna e</u>
5º	

AFIRMO QUE ASSISTE/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>22/01/19</u> A <u>22/01/19</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
<u>Goiana PE</u>	<u>22/01/19</u>
LOCAL	DATA
ASSINATURA E CARIMBO	

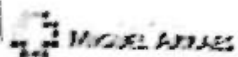
ARUANA SEGURODORA
07 FEB 2019

Dr. Allinson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 6013/CRM-PE 17608
(SBO 12514)

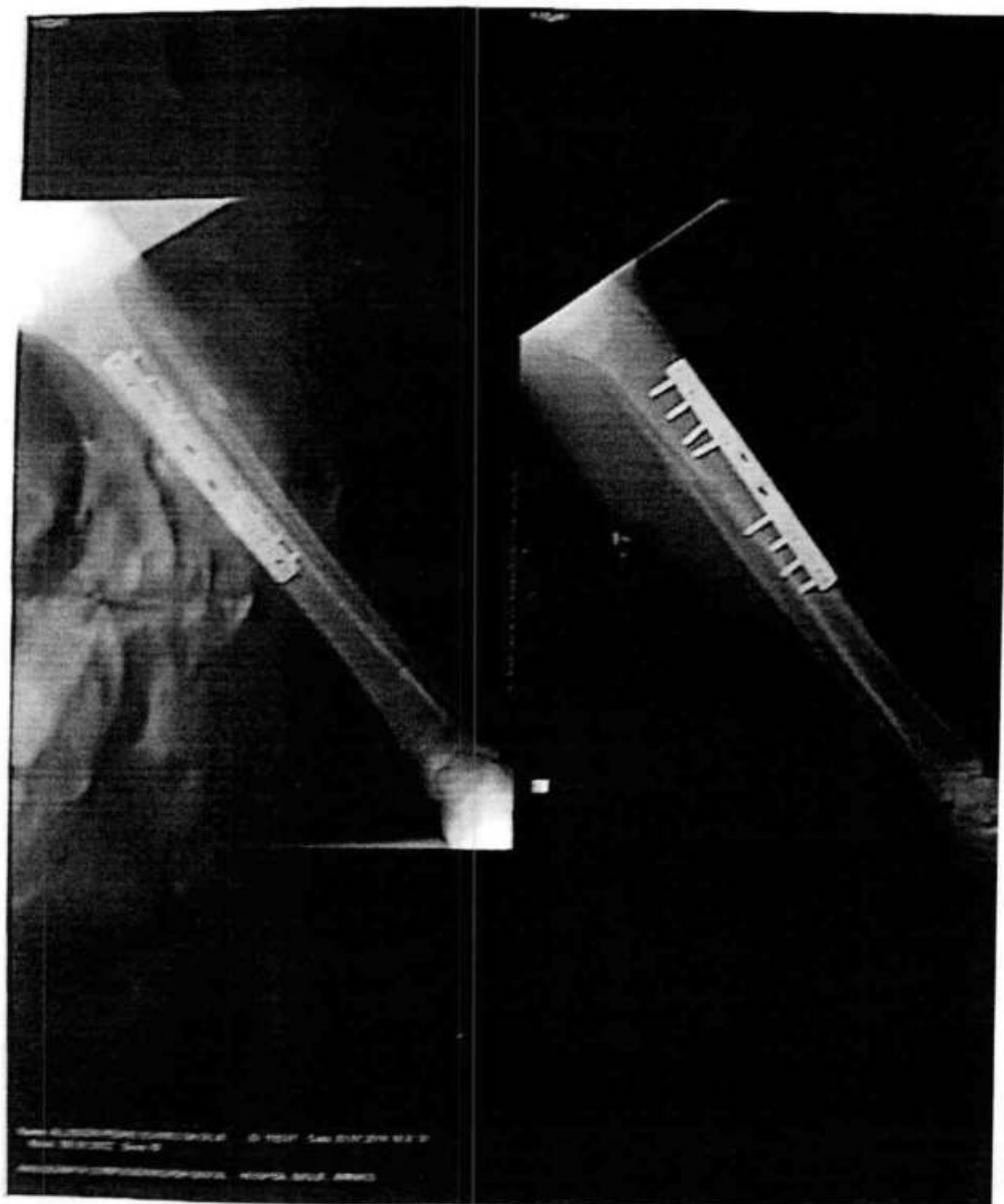


ARIANA SEGURADORA

07 FEV 2019



IMIP



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 11:10:37

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031611103754900000058311812

Número do documento: 20031611103754900000058311812

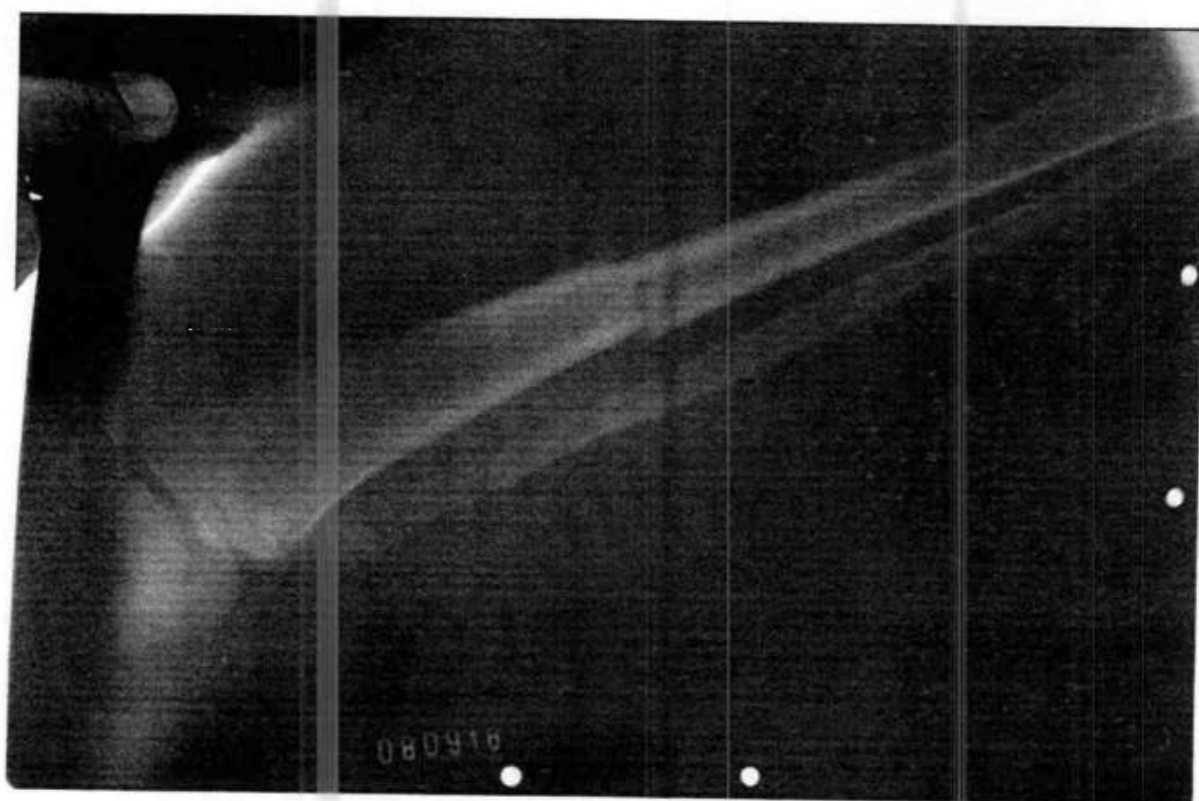
ARIANA SEGURADORA



ARUANA DADORA
07 FEV 2019



ARIANA SCORINIA
07 FEB 2018



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.949.586 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/2018

NOME << ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSINALDO SOARES DA SILVA >>
<< SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE >>

NATURALIDADE ITAQUITINGA - PE DATA DE NASCIMENTO 06/08/2002

DOC.ORIGEM << 076869 01 55 2002 1 00033 233
0016132 72 ITAQUITINGA PE >>

CPF 159.758.324-38

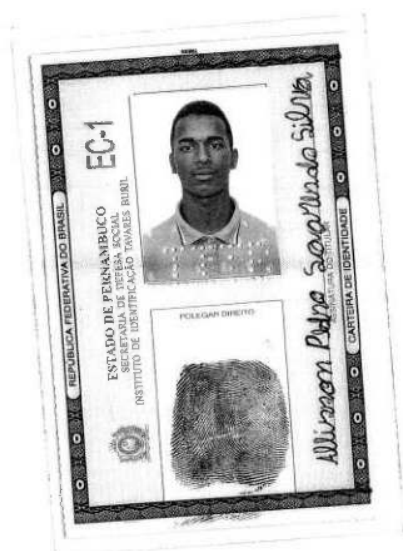
ASSINATURA DO DIRETOR DE POLÍCIA CIVIL

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

117771200401085042.0436661 F-84 16.457 - 3122

ARQUIVADO
31 JAN 2013





EC-1
20031611103754900000058311812



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome
DOUTOR GUILHERME MARGARETHA DE CARVALHO

Doc. Identificação Nacional
PRATIALA DOB PE

CPF
003.502.924-65

Data de Nascimento
03/11/1994

Sexo
M

Residência
MARCO ANTONIO ALBUQUERQUE
DE CARVALHO
ROBERTA ALESSANDRA
MARGARETHA ALEUDORQUE

Permissão
A1

Validade
09/01/2020

Exatidão
16/03/2018

Observações
sem observações

Assinatura do Portador
[Assinatura]

Local
SAUJOTA : PE

Data de Emissão
12/01/2018

Processo de Emissão
16440965286
2204115453

Detran - PE (Pernambuco)

Validade em todo o território nacional
1019700386

Processo de Plástica
1019700386

ARQUIVADO
31 JAN 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013814747045
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 10649270-9 RINTEC: 2019

NOME: SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE

PLACA: ITAQUITINGA-PE

085.706.749-30 PE22270

***** 9C2RC2210GR000835 *****

RENOVAÇÃO: 2015 2016

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX

CATEGORIA: 2P/162CL

COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

VERMELHA

1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0,00

PREMIO TOTAL (R\$): 0,00

DATA DE PAGAMENTO: 23/04/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES E/OU POR SUAS CARGAS A PESSOA TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PE Nº 013814747045 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE

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

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

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 23/04/18

VIA: 1 085.706.749-30 PLACA: PE22270

RENOVAÇÃO: 2015 2016

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX

CATEGORIA: 2P/162CL

COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

VERMELHA

1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0,00

PREMIO TOTAL (R\$): 0,00

DATA DE PAGAMENTO: 23/04/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

6593572

DATA DE
EXPIRAÇÃO

18.12.1999

NOME

SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE

FILIAÇÃO

Maria Izidio de Alexandre

NATURALIDADE

Itaquitinga-PE

DATA DE NASCIMENTO

09.09.1980

DOC. DE ORIGEM

C.N. 3.653-L.23-P.80V-Cart.de

Itaquitinga-PE

SIGNATURA DO DIRETOR

LEONILDO DE SOUZA

ARQUIVADA
31 JAN 2003



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA**
 DATA DO ACIDENTE **8/9/18** CPF DA VÍTIMA **159.758.324-38**
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VÍTIMA E
 ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA BULGUE DE CAXIAS**
 Nº **190** COMPLEMENTO **CELTRO** BAIRRO **CELTRO**
 CIDADE **GOIÂNIA** UF **GO** CEP **75900-000**
 E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATERMO HOSPITALAR OU AMBUULATÓRIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA
 IDENTIDADE **8.347.118.505 PE**
 ASSINATURA **[Assinatura]**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
 NOME **ARIANA REPPENHARDT**
 ASSINATURA **[Assinatura]**
31 JAN 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190087411 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO -TÍBIA: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. ALISSON F. F. VIEIRA. CRM-PE 17606, DE 22/01/2019.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190087411 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO -TÍBIA: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. ALISSON F. F. VIEIRA. CRM-PE 17606, DE 22/01/2019.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Sandra Maria Izidiao de Alexandr
RG/CNH/CTPS: 6593672 SDS/PA CPF: 085.706.744.30
Profissão: Adv. Leal
Estado Civil: Casada
End: Loteario Anaterio 8 Centro Itaquitinga PI

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118SDS/PEC CPF: 083.562.324-65
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como

vítima: Alisson Pedro Soares da Silva
Acidente: 08.09.2018
Cobertura: Invalidiz

Itaquitinga/PI, 07 de novembro de 2018.

Sandra Maria Izidiao de Alexandr
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITINGA
Titular: FLÁVIO HENRIQUE SILVA POZZOSOM
Telefone: (81) 3508-0022

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de SANDRA MARIA
IZIDIO DE ALEXANDRE. Don 16 Itaquitinga-PE 07/11/2018.
Em testemunho da verdade, o Tabelião Antonio Carlos do Almeida, 421
PERC 0,40 Total R\$ 4,79. >>> Emolumento R\$ 3,50 Taxa 0,80
Selo: 0159624.TY809201801.00511 07/11/2018 09:54:01
Consulta autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital

NOTAS E REGISTROS DE
Antonio Carlos do Almeida, 421
CEP: 55.950-000
(81) 3508-0022
ITAQUITINGA - PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037679/19

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

CPF: 159.758.324-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA : 159.758.324-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Josyelli de Oliveira Cabral



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037679/19

Número do Sinistro: 3190087411

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

CPF: 159.758.324-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/02/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA





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, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190087411

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

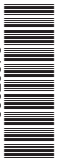
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13888358

Pag. 00151/00152 - carta_01 - INVALIDEZ

00020076





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, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190087411

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00153/00154 - carta_03 - INVALIDEZ

00050077



Carta nº 13888359





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 Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190087411

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

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

Recebedor: **ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000220-8**

Conta: **000010050024-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS [DESpesas de Assistência Médica e Suplementares] ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 159.758.324-38 Nome completo da vítima: Allisson Pedro Soares da Silva

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

Nome completo: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA CPF: 159.758.324-38
Profissão: Recepcionista Endereço: Lo Ocratório Número: 8 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Itaquitinga Estado: PE CEP: 55950-000
E-mail: arberneria.goiarna@gmail.com (tel./DDD) (81) 3626-3111

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0220 8 CONTA: 50024 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: Itaquitinga - PE, 22.01.2019
Nome: Allisson Pedro Soares da Silva
CPF: 159.758.324-38

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Allisson Pedro Soares da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Sandra Maria de Jesus

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
- AUTOATENDIMENTO -

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

[REDACTED]
[REDACTED]

FAVORECIDO

AGÊNCIA: 220-8 CONTA: 50024-0

CLIENTE: ALLISSON F SOARES SILVA

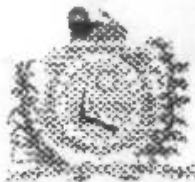
VALOR: 0,01

DATA: 22/01/2019

ARQUIVADA
31 JAN 2019



2 de 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55ªCIRC
DINTER/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0145000604**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/11/2018 às 12:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 8/9/2018 às 15:31

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 01, NO TREVO DE CHA DE SAPE -**
Bairro: **CHA DE SAPE - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSINALDO SOARES DA SILVA (NOTICIANTE)
SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE (OUTRO)
ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA**

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

ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE Pai: JOSINALDO SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 6/2/2002 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Telefones Celulares:
- 93087166

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 08, LOT. ORATORIO (ULTIMA RUA, CALÇADA) (ENTRAR APOS A BIU DA OFICINA, RUA CALÇADA) - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO ORATORIO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO /BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 01 - CEP: 0 - Bairro: CHA DE SAPE - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: 9/9/1980 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 08570674430 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR
Telefones Celulares:
- 93087166

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 08, LOT. ORATORIO (APOS A OFICINA DE BIU, ENTRAR AS (REIOTAS, ULTIMA RUA CALÇADA) - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO ORATORIO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO**



Boletim de Ocorrência

file:///c:/documents and settings/policia civil/infopol/xml/BOEPrev...

/BRASIL

JOSINALDO SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA CONCEIÇÃO
Pai: PEDRO SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 27/6/1980 Naturalidade: CONDADO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 5673306/SDS/PE (RG), 03320806416 (CPF), 06066569331 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares:
- 93087166

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

HONDA TITAN 160 EX COR VERMELHA PLACA PEA-2270 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SANDRA
MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE, que estava em posse do(a) Sr(a): ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN EX Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

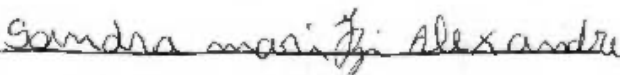
Placa: PEA2270 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 106492783 Chassi: 9C2KC2210GR000835
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: MOTO HONDA TG TITAN 160 EX COR VERMELHA PLACA-PEA-2270-ITAQUITINGA

Complemento / Observação

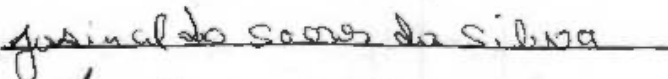
COMPARECEU NESTA DEPOL O SR. JOSINALDO SOARES, INFORMANDO QUE NO DIA 08/SETEMBRO DESTE ANO,
SEGUIA PARA O DISTRITO DE SAPE E NA ALTURA DO CRUZAMENTO, SE ASSUSTOU COM A VINDA DE UM
OUTRO MOTOQUEIRO, FAZENDO COM QUE ELE QUEIXOSO E SEU CARONA (SEU PROPRIO FILHO), CAISSEM AO
CHÃO; QUE NA QUEDA, ELE NADA SOFREU, POREM, SEU FILHO, (QUE TEM 16 ANOS DE IDAD), SOFREU
FRATURA EXPOSTA NA PERNA EAQUERDA; QUE LOGO APOS, (ALGUÉM AVISARA), CHEGOU UMA AMBULANCIA
E LEVOU SEU FILHO PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE DEU ENTRADA E FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL
MIGUEL ARRAES, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, RECEBDO ALTA NO DIA 14/09/2018.

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

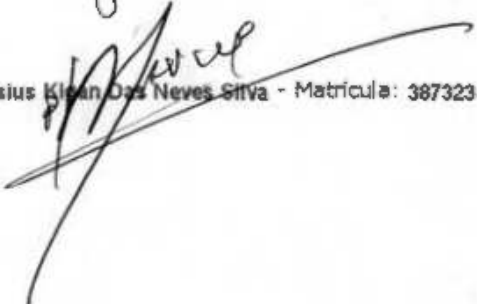
SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE
(OUTRO)



JOSINALDO SOARES DA SILVA
(NOTICIANTE)



B.O. registrado por: Kelsius Klean Das Neves Silva - Matrícula: 387323-4





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 159.758.324-38 Nome completo da vítima: Allisson Pedro Soares da Silva

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

Nome completo: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA CPF: 159.758.324-38
Profissão: Recepcionista Endereço: Lo Ocratório Número: 8 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Itaquitinga Estado: PE CEP: 55950-000
E-mail: arberneria.goiarna@gmail.com (tel./DDD) (81) 3626-3111

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0220 8 CONTA: 50024 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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.

Local e Data: Itaquitinga - PE, 22.01.2019
Nome: Allisson Pedro Soares da Silva
CPF: 159.758.324-38

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Allisson Pedro Soares da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Sandra Maria de Jesus

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Semla - 5508625



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-SUS

UNIDADE MISTA ADELINA AZEVEDO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Paciente	Alison Pedro Soares da Silva	DATA	08/09/18
Data nascimento	Idade 16 anos	Registro	047 192
Sexo	☒ M ☐ F Cad SUS	Hora de Chegada	15:31
Documento		Hora de Saída	21:00
Endereço	Lot. Oratório		
Filiação	Sandra Maria Pedro Alexandre		
Profissão/Ocupação			

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL	
☐ Febre ☐ Vômitos ☐ Dificuldade de Respirar ☐ Tosse	
☐ Taquicardia ☐ Convulsão ☐ Desmaio ☐ Tonturas ☐ Fraqueza ☐ Confusão Mental	
☐ Fadiga ☐ Cefaléia ☐ Distúrbios Visuais ☐ Diarréia ☐ Parosmia ou Paralisia de parte do corpo	
☐ Dor Local	
☐ Sangramento Local	
☐ Outras queixas:	

ANTECEDENTES MORBIDOS/MEDICAMENTOS

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Problemas Cardíacos ☐ Asma Brônquica ☐ Alergias	
☐ Tuberculose ☐ Convulsão ☐ Desmaio ☐ Tabagismo ☐ Enfisema ☐ Alcoolismo	
☐ A.V.C. ☐ Outro:	
☐ Uso de Medicamentos	
Classificação: Vermelho ☐ , Amarelo ☐ , Verde ☐ , Azul ☐	Enfermeira Caran - PE

SINAIS VITAIS:

PA	X	mmHg	T	°C	P	bpm	FR	rpm
Peso		Kg	HGT		mg/dl	Saturação		%

AVALIAÇÃO MÉDICA:

Queixa Principal / Histórico da Doença:
Paciente sofreu queda de motocicleta e encontra-se com dor intensa e inabilidade da perna esquerda.
Solicita Nova Semla para o paciente às 20:30 h.
EXAME FÍSICO: Semla: 5508626
Dr. Miguel Amaro - Traumatista ortopedico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / CONDUTA

① Transferir para ser avaliado pela ortopedia
H. Regional de Linoeiro
Semla: 5508625

Dr. Danilo Soares Silva
Médico
CRM 11630

MÉDICO - CRM/PE
0505060064
0301000053

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	20/02/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00220-8

CONTA: 000010050024-2

Nr. da Autenticação 989B8B50B60219AC



COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO

CEP 50050-602

CNPJ 10.835.932/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Grupo Neoen Energia

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 262 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE

CPF: 088.706.744-30 NIS: 1889096345

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO ORATORIO 8

CENTRO/ITAQUETINGA

55960-000 ITAQUETINGA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

03/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,55

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

044155701

CONTA CONTRATO

004002526870

Nº DO CLIENTE

2002460898

Nº DA INSTALAÇÃO

0001498168

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1239.BEBA.5D0D.B63B.47C5.7650.F755.4940

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18441265	5,53
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,31613598	22,12
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,11
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,00
Multa por atraso-NF 040454602 - 23/11/18			0,66
Juros por atraso-NF 040454602 - 23/11/18			0,18
Atualização IGP-M-NF 040454602 - 23/11/18			0,00
TOTAL DA FATURA			29,56

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%	
0,00		0,00	27,76	0,79	0,21	27,76	3,61	1,00

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,17820840

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,30369900

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RE	%
Geração de Energia	12,21 44,34
Transmissão	1,92 6,48
Distribuição (Celpe)	6,61 20,88
Energias Soterais	1,38 4,63
Tributos	1,21 4,06
Perdas de Energia	2,88 9,64
TOTAL	27,78 100

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
DEZ 18	100
NOV 18	97
OUT 18	96
SET 18	75
AGO 18	60
JUL 18	91
JUN 18	91
MAI 18	93
ABR 18	94
MAR 18	80
FEV 18	80
JAN 18	70
DEZ 17	95

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
0000000004064793	CAT	23/11/2018	15.477,50	24/12/2018	16.517,00	31	1.000,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/01/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
04/2018					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DICI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICI: 0,00
BVD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,81					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DMC, FIC, DMC e DICI e solicitar tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você as correções (atim: avenida antonio carlos de almeida centro / posto de medicamentos mais se: av antonio carlos de almeida 387 centralista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga, em atraso, multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lai 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês (teção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 28/04/02 - R\$ 27,01.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO

004002526870

MÊS/ANO

12/2018

TOTAL A PAGAR(R\$)

29,55

VENCIMENTO

03/01/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.



orgia.com.RFCConverseServlet?redirfatura=tru...

111





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Guilherme Mangabeira de Carvalho
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Sandra Maria Fidio de Almeida inscrito (a) no CPF sob o nº 085.706.744 / 70
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Allison Pedro Soares da Silva
Inscrito (a) no CPF sob o nº 159.158.324 / 38, 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:
<u>Rua Duque de Caxias</u>	<u>170</u>	<u>10</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>Centro</u>	<u>Goiânia</u>	<u>PE</u>
E-mail:	CEP:	
<u>amiltonia.goianna@gmail.com</u>	<u>85900-000</u>	
	Tel.(DDD):	
	<u>(91) 3626-3771</u>	

Local e Data: Goiânia - PE 22.03.2019

Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sandra Maria Izidior de Alexandrie,
RG nº 6593672, data de expedição 78/12/99,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 085106744-30, com
domicílio na cidade de Itaquitinga, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sto. Carolina, nº 8,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ALLISON PEDRO SOARES DA SILVA, cujo o condutor era
JOSINILDO SOARES DA SILVA.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda JCG Titan 160 EX
Ano: 2015
Placa: PEA 2270
Chassi: 9C2K12210GR000835
Data do Acidente: 08.09.18
Local e Data: Itaquitinga PE 07/11/2018

Sandra Maria Izidior de Alexandrie
Assinatura do Declarante

Cartório da Tabela e Registros
de Itaquitinga - PE

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITINGA
Titular: FLÁVIO HENRIQUE SILVA POMERON
Telefone: (81) 3508-0022

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de SANDRA MARIA
IZIDIO DE ALEXANDRE. Dou fé Itaquitinga-PE 07/11/2018.
Em _____ de _____ da _____, o Tabelião
>>> Emolumento R\$ 3,59 - taxa 0,00
PERC 0,40 Total R\$ 4,79.

Selo: 0159624.BXV09201801.00509 07/11/2018 09:54:01
Consulte autenticidade em www.tjpe-jus.br/selodigital

DE NOTAS E REGISTROS DE
Itaquitinga - PE

ARIANA SECURADORA
31 JAN 2019



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 08/09/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 08/09/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Allison Pedro Soares da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura dos ossos da perna Eq.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Osteossintese com placa e parafusos. Fisioterapia motora - 20 sessões	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Dor, edema, déficit de força
2º	na perna esquerda
3º	Perda de força de 25% na
4º	perna E.
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 22/01/19 A 22/01/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Goiânia PE	DATA 22/01/19
ASSINATURA E CARIMBO	

Dr. Allison F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 0013/CRM-PE 17808
SEOT 12014





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA			6 - Nº Prontuário	116247
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
338003477088488	06/06/2002	X 1 3	02 - Preta	12 - Telefone de Contato	8199240379
ATENÇÃO: 443849	REGISTRO: 118247	SAME: 105268		14 - Telefone de Contato	
PACIENTE	ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA				
NASCIMENTO	6/6/2002	IDADE: 16	SEXO: MASCULINO		
MÃE	SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE				
DESEMPENHO	JOSINALDO SOARES DA SILVA				
ENDEREÇO	LOT HORATORIO				
CIDADE	CENTRO				
UF	PE				
CEP	55950000				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 08/06/2018 ÀS 18H, COM TRAUMATISMO EM PERNA ESQUERDA, EVOLUINDO COM DOR INTENSA, EDEMA E RIGIDEZ.
EXAME: BEG, EUPNEICO, AFEBRIL, LOTE, GLASGOW 15
SEM EDEMA DISCRETO E DEFORMIDADE, COM DOR À PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA PERNA ESQ.

Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

3 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA	8822	W199	04.08.05.050

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020089

6 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	00 CNS () CPF	980016278437533
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	08/09/2018	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - Tipo de Acidente	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
Acidente de Trânsito			
Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
Acid. Trabalho Trajetado			
37 - Vínculo com a Previdência			
Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

38 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
CNS () CPF		
Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

AIH
261810163932-9





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA			6 - Nº Prontuário	118247
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
328003477088486	06/08/2002	☒ M ☐ F	02 - Preta	12 - Telefone de Contato	8199290379
ATENDIMENTO: 443849	REGISTRO: 118247	SAME: 105268		14 - Telefone de Contato	
PACIENTE	ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA				
NASCIMENTO	6/8/2002	IDADE: 16	SEXO: MASCULINO		
MÃE	SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE				
ENDEREÇO	JOSINALDO SOARES DA SILVA				
CEP	LOT HORATORIO				
BAIRRO	CENTRO				
CIDADE	ITAQUINGA				
UF	PE				
CEP	55950000				

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
ANTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 08/08/2018 ÀS 16H, COM TRAUMATISMO EM PERNA ESQUERDA, EVOLUINDO COM DOR INTENSA, EDEMA E
RIGIDIDADE.
EXAME: BEG, EUPNEICO, AFEBRIL, LOTE, GLASGOW 15
SEM EDEMA DISCRETO E DEFORMIDADE, COM DOR À PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA PERNA ESQ

Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA	S822	W199 V299	04.08.05.050

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento
0415020069

Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	08/09/2018	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 -) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
34 -) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
35 -) Acid. Trabalho Trajetado			
36 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

37 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
CNS () CPF		
Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH
261810163932-9

ARQUIVADA
31 JAN 2019





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 443780

Senha da Classificação:

0038

Data e Hora: 08/09/2018 21:57

Paciente: 118247 ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 08/08/2002 Idade: 16 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: ATENDIMENTO: 443849 REGISTRO: 118247 SAME: 105268 EDIA CRM: 12346
 Estado Civil: SC PACIENTE: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA Bairro: CENTRO
 Endereço: LOT 1 NASCIMENTO: 8/8/2002 IDADE: 16 SEXO: MASCULINO ento: WESLEYFS
 Cidade/UF: ITAC MÃE: SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE
 PAI: JOSINALDO SOARES DA SILVA
 ENDEREÇO: LOT HORATORIO nº: 8
 BAIRRO: CENTRO
 CIDADE: ITAQUITINGA
 Data Entrada B: CIDAD: ITAQUITINGA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:
 Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente de moto no
 bit ao dia 08/09/18, com fraturas em M.E.

Exame Físico

Don o de fraturas de em M.E.
 Ave on.

Hipótese Diagnóstico

Fa lesão de ossos da perna em

Prescrição Médica

(1) Internamento
 + Dr. Simone Zuro

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

31 JAN 2018



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA REG: 118247

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
8/9/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 08/09/2018 À 16H, COM TRAUMATISMO EM PERNA ESQUERDA, EVOLUIN COM DOR INTENSA, EDEMA E DEFORMIDADE. AO EXAME: BEG, EUPNEICO, AFEBRIL, LOTE, GLASGOW 15 MIE COM EDEMA DISCRETO E DEFORMIDADE, COM DOR À PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA PERNA ESQ NVC OK
	HD: FX FECHADA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
	CD:
	1- INTERNAMENTO
	2- SOLICITO PRÉ-OP
09.09.18	
09:10	Ad: fx dos ossos da perna e
	trauma com estresse
	sem sinais de dor em
	mpe. Sem orientados com exame
	hidratado afebril com
	mpe talo como rotula
	CD: AB - Uivôria
09.09.18	
09:10	HD: fx dos ossos da perna e
	trauma com estresse sem

No momento - BEG orientados com exame
trauma afebril com hidratação normal
mpe - talo como rotula

ARMAR SECUNDARIA
31 JAN 2019



11.09.18
06:05

Dr. Souto

Tras fr dos ossos da perna @
Paciente evolui estavel
deixas no momento. Bb.
orientado consciente e paciente
afetado

MED - TALA COXOFEMUR
CO: AB. Cirurgião

Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.555

12.09.18
06:00

Dr. Souto

Tras fr dos ossos da perna @
Paciente evolui estavel
deixas no momento. Bb.
orientado consciente e paciente
afetado

MED - TALA COXOFEMUR

CO: AB. Cirurgião

Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.555

13.09.18
05:50

Dr. Souto

Tras fr dos ossos da perna @
Paciente evolui estavel
deixas no momento. Bb.
orientado consciente e paciente
afetado.

MED - TALA COXOFEMUR

CO: AB. Cirurgião

Dr. Samuel Moura

14/09/18

17:00

Dr. Souto
Tras fr dos ossos da perna @
Paciente evolui estavel
deixas no momento. Bb.
orientado consciente e paciente
afetado.

Paciente evoluindo bem, sem mais queixas
no momento

Do momento: ebb apneia leve

fo limps ebb, sem sinais de infecção

cd: @ alta hospitalar com internar Antelstano

@ liberação 500mg b/lh por 14 dias

Do momento: Do com internar

Filipe Guedes
CRM-PE 26.555

Ficha de Cirurgia Descritiva

Ido de Cirurgia : 51838 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 118247 ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA Atendimento : 443849
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 690 VERD2-14 Idade : 16 Anos 7 Dias 16 Horas
Dt. Início : 13/09/2018 15:02 Dt. Fim : 13/09/2018 16:18
Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Pós-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIO 14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE DOS OSSOS DA PERNA ESQ)
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP 4,5 mm + Parafusos
CIRURGIÃO: DR. CRYSTIAN
AJUDANTE: DR. MATHEUS PASSOS, DRA. MARILIA LIMA
ANESTESISTA: DR. CLAYTON
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

Matheus Passos Maia Coelho
Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.338

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. GARROTE EM MIE;
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
4. POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
5. INCISÃO EM FACE MEDIAL DE PERNA ESQ
6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE TÍBIA
7. POSIÇÃO DE PLACA DCP 4,5 DE 10 FUROS, FIXAÇÃO COM 4 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS E 4 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS
8. LIMPEZA COM SF 0,9%;
9. FECHAMENTO DA INCISÃO POR PLANOS COM VICRYL 1.0 E NYLON 3-0;
10. CURATIVO
11. RETIRADA DE GARROTE
12. OBSERVADA BOA PERFUSÃO
13. CURATIVO;
14. REALIZAR CONTROLE COM RX;

Procedimentos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

25 09/2018

DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
CRM : 14313

Matheus Passos Maia Coelho
Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.338

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

ARQUIVADA
31 JAN 2019



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 443780 Prontuário: 118247 SAME: 105268 Hora Atend: 21:57 Data Atend: 08/09/2018
Paciente..... : ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA Idade: 16 a
Endereço..... : LOT HORATORIO
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : ITAQUITINGA UF...: PE CEP: 55950000
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO Hora Saída : 21:58
Data Saída..... : 09/09/2018

Prestador da Evolução Médica: **SORMANE DE CARVALHO BRITTO**

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

ARQUIVADA
31 JAN 2019



Atendimento: 443849

Dt Atendimento: 09/09/2018 - 21:57

Dt Alta: 14/09/2018 - 17:35

Paciente: 118247 ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 690 VERD2-14

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ANDERSONSC

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ALYNE DE MOURA AZEVEDO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

ARQUIVADA
31 JAN 2013





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **443849**

Usuário: ROBERTAMB

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA** Prontuário: 118247
Idade: 16a 1m 4d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 6/8/2002
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 55950000
R.G.: 8 - CENTRO - ITAQUITINGA - PE
Endereço: LOT HORATORIO
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 9/9/2018 21:57
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-14
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 25.09.18
Endereço: - Número: 25.09.18
Telefone: Cidade: Estado civil: 25.09.18

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 14/09/18 Hora da Alta: 8 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bom condiz com

Diagnóstico Principal..... Fratura ossos da perna

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento..... RFI CCH-HMA e Anestesia

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/09/2018 21:52

 Nome Paciente: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
Cód. Paciente: 118247
Data de Nascimento: 06/08/2002
Sexo: Masculino
Idade: 16
Senha: 0038
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 443780
SAME: 105268

Cardap

Período: 08/09/2018 22:11 - 08/09/2018 22:12

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UNIDADE MISTA DE ITAQUITINGA COM SENHA: 5508826
HD: FRATURA DIAFISARIA DE OSSOS DA PERNA ESQ, RELATO DE ACIDENTE DE
MOTOCICLETA HÁ 06 HORAS, NEGA DESMAIO E VOMITO

Observação:

HAS-DM-ALERGIAS-

Histórico sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 81.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

REVISADO
MEDI-HMA

HMA - P...
Local...
Irys Felipe
COREN-PE 310.841 ENF.
ARQUIVADO
31 JAN 2019

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/09/2018 22:12

