



Número: **0052742-38.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Olinda**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) JAIME MARCAL DANTAS FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
RENATA HIRSCHLE GALINDO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59647 647	23/03/2020 13:08	2705704_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OLINDA/PE

Processo: 00527423820188172001

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."

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 **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**, 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 **08/10/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **11/12/2017**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora apresenta boletim de ocorrência elaborado somente após 01 ano e 02 meses, sendo realizado somente com a comunicação unilateral da própria parte autora, sem a presença de testemunhas e que também apresenta divergência entre a data do suposto acidente pois alega na exordial que o mesmo ocorrera no dia 08/10/2016, todavia, junta ao processo documentos que relatam que o sinistro se deu dia 28/09/2017.

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



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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, 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

PROCURAÇÃO DESATUALIZADA

Verifica-se que não consta nos autos procuração atualizada, 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.

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;



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.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 11/12/2017 após 01 ANO E 02 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 08/10/2016, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

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

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

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

Compulsando os autos, observamos que a parte autora apresenta boletim de ocorrência elaborado somente após 01 ano e 02 meses, sendo realizado somente com a comunicação unilateral da mesma, sem a presença de testemunhas e que também apresenta divergência entre a data do suposto acidente pois alega na exordial que o mesmo ocorrera no dia 08/10/2016, todavia, junta ao processo documentos que relatam que o sinistro se deu dia 28/09/2017.

ORA, EXA., COMO PODE A PARTE AUTORA NÃO SABER A DATA CORRETA DO ACIDENTE?

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

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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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)

⁴SEGURO 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)

⁵APELAÇÃO 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)



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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), 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 **08/10/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

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

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.



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

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

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

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

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

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

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

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e 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\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁸, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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.”

⁸ “PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em
Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁹.

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 ação¹⁰

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

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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

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

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

ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.” (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁹“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰ art. 1º . (...)

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



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

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

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

Para fins do 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,

OLINDA, 13 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 (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **OLINDA**, nos autos do Processo nº 00527423820188172001.

Rio de Janeiro, 13 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0052742-38.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Olinda**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) JAIME MARCAL DANTAS FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
RENATA HIRSCHLE GALINDO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59647 648	23/03/2020 13:08	ANEXO 1	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



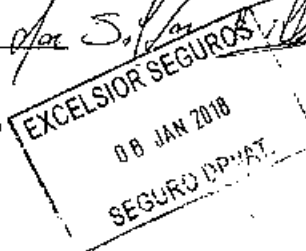
Eu, SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO portador da carteira de identidade nº 2.869.109 e inscrito no CPF/MF sob o nº 009.418.184-00 residente e domiciliado na JULIO CRISTOFAL W:305 Cidade OLINDA Estado PERNAMBUCO declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



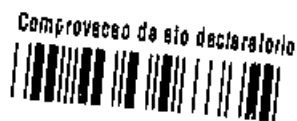
Olinda 08 de janeiro 2018

Local e data





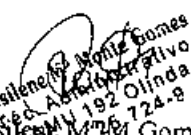
PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU

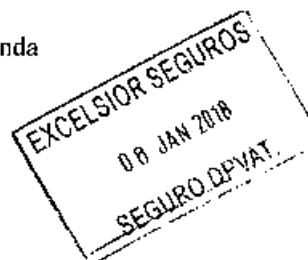


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**, R.G. 2.869.109-SDS-PE, foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência/ SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência 386646, no dia 28/09/2017, aproximadamente a 12:05h, na Av. Presidente Kennedy - Peixinhos - Olinda-PE, em frente a Rádio Tamandaré e próximo a central da Celpe, via pública causas externas (atropelamento).

Olinda, 21 de novembro de 2017.


Rosilene M. Gomes
Téc. Adm. SAMU 192 Olinda
Mat. 124-9
Téc. Adm. SAMU 192 – Olinda



Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 – 3439-6523



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: 15/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

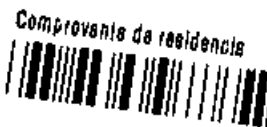
CONTA: 000000037223-1

Nr. da Autenticação D90D0DDC60500DE9





NOTA FISCAL
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São João, Recife
CEPJ 10.395.932/0001-06 (Insc. Est. 000555)



DADOS DO CLIENTE
ACEILDO DAMASCENO DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE
RUA JULIO DE CARVALHO, 333 D
CASA - D

CPF 313.804.434-04

PEIXINHOS/OLINDA
OLINDA PE
53260-110

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

CONTA CONTRATO
4007113051
PERÍODO
07/2017

DATA DE VENCIMENTO
31/07/2017
DATA PREVISÃO DO PRÓXIMO PAGAMENTO
23/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
134,15

NOTA FISCAL Nº 002787168
SERIE 15634
CONDIÇÃO 74-0 A 70-1

DATA DE EMISSÃO 24/07/2017
Nº DO CLIENTE 260132824
Nº DA ATUALIZAÇÃO 2603755

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINAÇÃO			7,50
Atividade de Iluminação			8,32
Contribuição de Iluminação em Picos			37,28
Requisição de Unidade			1,12
Multa por atraso NF 002787168 - 23/03/17			1,00
Multa por atraso NF 002787168 - 24/04/17			1,12
Juros por atraso NF 002787168 - 24/04/17			2,08

TOTAL DA FATURA

134,15

PERÍODO	TIPO DE	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DO	CONTRATO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
01/01/2017	RESIDENCIAL	10000000	01/01/2017	10000000	14	4007113051	10000	58,25
01/02/2017	RESIDENCIAL	10000000	01/02/2017	10000000	15	4007113051	10000	58,25

PERÍODO	TIPO DE	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DO	CONTRATO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
01/01/2017	RESIDENCIAL	10000000	01/01/2017	10000000	14	4007113051	10000	58,25
01/02/2017	RESIDENCIAL	10000000	01/02/2017	10000000	15	4007113051	10000	58,25

Informações sobre a Nota Fiscal

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 dias de falta de pagamento, podendo também ser ocorrido o cancelamento do contrato em caso de suspensão.

O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Art. 414 do CC) e Juros 1% a.m. (Lei 10.432-2002) no período em atraso.

O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de entrega para os padrões de atendimento comercial.

EXCELSIOR SEGUROS
08 JAN 2018
SEGURO DPVAT





Número do Registro

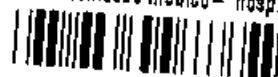
Secretaria de Saúde do
Hospital da
Ficha de A:

Atendimento: 872526
Paciente: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Nome Mãe: ARIMACY APOLUCENA DOS SANTOS
End: RUA JULIO DE CRISTO LEAL
Bairro: PEIXINHOS
Cidade: OLINDA
Nascimento: 24/07/1966
Localização: TRAUMATOLOGIA ADULTO SUL - GA
Leito: 600-132
Data e Hora Atendimento: 28/09/2017 19:03

Prontuário 995266

Nº 305
PE

Documentação médica - hospitalar



XL

872046		Data e H 28/09/2017	
Cod. Paciente: 995266 Paciente: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO			
Data de nascimento: 24/07/1966		Idade: 51a 2m 5d	
Estado Civil: CASADO		Sexo: MASCULINO	
Profissão:		Acompanhante: DJANICER PURCIANA	
DOC ID / Data expedição 2869109 / 10-Aug-10		Mae: ARIMACY APOLUCENA DOS SANTOS Pai: SEVERINO GOMES DA SILVA	
Endereço: RUA JULIO DE CRISTO LEAL Bairro: PEIXINHOS Cidade: OLINDA		Cartão SUS: 705405453189497 Número 305 Complemento: D UF: PE Telefone: 84200584	
Ocorrências:		Notificado: 28/09/17	
Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO		Vigilância Epidemiológica Hospitalar VEH-HR/SES - NEPI	
Procedência: VIA PUBLICA		28/09/17 D/S	
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	
Confirmação de endereço:		Assistente Social	
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐			
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐			
Outros ☐			
Observação:		Assistente Social	
História Clínica: Paciente vítima de atropelamento de moto há 2 horas aproximadamente, mega perda de consciência / vômitos em centros sinuos de alçada. Guaiaca -x de abdome MED.			
EXCELSIOR SEGUROS 08 JAN 2018 SEGURO DPVAT.			
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒		Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐		Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒	
Imobilização Cervical: Sim ☒ Não ☐		Tipo: Atropelamento	
Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐		Transporte realizado Por: SAMU	
Exame Físico:		Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒	
A: Geral		Temp: ☐	
Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐		O paciente fala: Sim ☒ Não ☐	
EG Regular, consciente, orientado, eufórico.			
B: Respiratório			
MV+ em AHT, SIRA			
C: Circulatório			
PA: X mm		Pulso: 84 bpm	



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ LASE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular	Horas: 13:05	Glasgow: Resposta Verbal	Horas: 13:05	Glasgow: Resposta Motora	Horas: 13:05
Score: 4		Score: 5		Score: 6	

lesão contusa em região fronte-temporal E

E: Exposição/Abdômen:

- Abdome depressível, indolor, sem sinais de irritação peritoneal.
- Ausência de captação ou de a manobras da pelve.
- Fratura em MID.

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Conduta:

Solicito Rx de tórax, ~~abdomen~~, pelve e MID.
Solicito TAC de crânio e cervical M/C.
Toram 100 mg: 1AMP + 100ml SFO, 9%, agora. OK!
Paciente NCR + Toramato

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Rogério Ehrhardt
CR. Oncológica
CRM 18012
RGT 45578

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 28-Sep-17

15.25h - HCGH

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando-se consciente, orientado, normais, sinais vitais dentro da normalidade, indolores a palpitação sem sinais de irritação peritoneal. Rx tórax e pelve sem alterações, afeto, ausência de lesões ósseas. TAC de crânio e cervical M/C. TAC de tórax e abdome sem alterações. TAC de pelve sem alterações.

Rx tórax e pelve sem alterações, afeto, ausência de lesões ósseas. TAC de crânio e cervical M/C. TAC de tórax e abdome sem alterações. TAC de pelve sem alterações.

Luís Carlos Godoy
CRM 18012
RGT 45578



Num. 59647648 - Pág. 7

ITAL DA RESTAURACAO

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

12:54

Nome Paciente: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/07/1966
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: U0023
Convênio:
Atendimento:

28/09/2017 12:54 - CLAUDECI ALVES DIAS - COREN: 44911 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA 1H NEGA DESMAIO EVOMITO
APRESENTA TCE GRAVE E FRATURA FECHADA EM MID.COM QUEIXAS DE DOR
INTENSA EM MID

Observação: SEM SENHA TRAZIDO PELO SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO. 15
- REGUA DE DOR: 9

19:20

28/09/17

paciente segue estável
- intervenção
- enjudo, de, (11)

paciente está estável e controlado a dor

Acolhido(a) por: CLAUDECI ALVES DIAS
Data: 28/09/2017 12:54





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

PRONTUÁRIO: 995266

SEXO: Masculino

DATA NASC: 24/07/1966

DATA/HORA: 30/09/2017 07:17

ATENDIMENTO: 872526

Leito 600-L12

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/09/2017

Hora: 07:16

#TRAUMATOLOGIA:

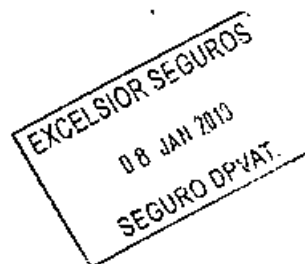
MO: FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA E

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTANDO FRATURA DE OSSOS DA PERNA E. REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA COXO-PODÁLICA.

PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

NO EXAME: REG, AAA, HIDRATADO, NORMOCORADO

CO: AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA



31/03/17

17:20

CRANIO CÉRICA

17:20 20/03/17

20/03/17

no exame de imagem por laudo

no exame de imagem por laudo

em 01/04/2017

01/04/2017

28/09/17

18:36

#trunkline#

CHICO RODRIGUES

HD: 1- Trauma fechado: abreviação de
osso de punho 01

no punho de 01

em 01/04/2017

01/04/2017

01/04/2017

Ivan Márcio Guedes
Traumato-Ortopedia
Clínica Coluna
CRMPE 19.901

EXCELSOR SEGUROS
08 JAN 2018
28-09-17
19:00

Yakeline Nery
Cirurgia e Traumatologia
CRMPE 2801

Daniel Lewi L. Montezuma
Residente Ortopedia/Traumatologia
CRMPE 28301

em tempo, TC de face não sou
He positivo em osso de face

CD: 020- BHF

osso de face de ortopedia





PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

TRATAMENTO AVC

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



600-172

NOME DO PACIENTE	ENFALEITO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
Silvia Maria Gomes da Silva		585266	28/09	29/09	30/09	01/10	02/10	
MEDICAMENTO	DOSAGEM	VIA	INSTR.	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
1 - SORO FISIOLÓGICO 0,9 %	100ml	IV	24h	1	1	1	1	1
2 - RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD	150mg	IV	24h	1	1	1	1	1
3 - PLASIL + AD S/S/H S/A	100mg	IV	24h	1	1	1	1	1
4 - DIPIRONA (2.8) AD	1000mg	IV	24h	1	1	1	1	1
5 - LIQUEMINE 0,25ml	1000mg	SC	12/12h	1	1	1	1	1
OU CLEXANE 40	1000mg	SC	12/12h	1	1	1	1	1
6 - CAPOTEN 25 01CP	1000mg	SL	SN	1	1	1	1	1
SEPAS > 180 OU PAD > 110mmHg	1000mg	SC	1	1	1	1	1	1
7 - INSULINA SIMPLES CONFORME HGT	1000mg	SC	1	1	1	1	1	1
0-200 - 0un 201 - 300 = 4un 301-400 = 8un > 400 = 12un	1000mg	SC	1	1	1	1	1	1
AAS 100	1000mg	VO/	12h	1	1	1	1	1
DIETA 280 kcal	1000mg	SNG	1	1	1	1	1	1
1. DIETA 280 kcal	1000mg	SNG	1	1	1	1	1	1
2. MEDIR DIURESE	1000mg	SVD	1	1	1	1	1	1
3. HGT	1000mg	PRESENÇA	1	1	1	1	1	1
4. MUDAR DECUBITO 3/3h	1000mg	PRESENÇA	1	1	1	1	1	1
5. CABECEIRA 30°	1000mg	PRESENÇA	1	1	1	1	1	1
6. SSV	1000mg	PRESENÇA	1	1	1	1	1	1

ASSINATURA DO MÉDICO

Cod. 0422

Date: 4/5/09

Paciente: 12557 N

Entfernung: _____
 Leito: _____
 Hypothese Diagnostik: _____

PERNAMBUCO





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Serapiao Gomes da Silva Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8426.45

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Cefalite

14 - COD. PROCEDIMENTO

OTDE

04

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Cervical

16 - COD. PROCEDIMENTO

OTDE

01

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - COD. PROCEDIMENTO

OTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - COD. PROCEDIMENTO

OTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - COD. PROCEDIMENTO

OTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rogério Ehrhardt
CR. Oncológico
CREMEP 15012
ROF Nº 570

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28, 09, 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Rogério Ehrhardt
CR. Oncológico
CREMEP 15012
ROF Nº 570

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES
0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Severino Gomes da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

872046

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

24-04-66

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Priscilla Aparecida dos Santos

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

xc de face e 3D

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

28/09/17

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

DAS

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

em face

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/09/17

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____
Ent/Letto: _____ Registro: 599046

DIA: 25/09 DIA: DIA: DIA:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

(X) Alteração de sinais vitais (3 vezes ao dia)

(X) Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)

(X) Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)

() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)

() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)

() Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06
09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06
12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Temperatura

Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	82				
16					
22	59				
10					
16					
22	36.6°C				
10					
16					
22	130x40				
10					
16					
22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

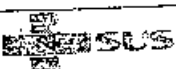
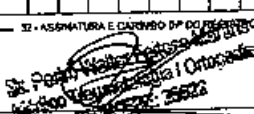


SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
DGOB - Gerência de Doenças e Agravos
Márcia Cecilia Mar. Deoniz
Médica Auditora SUS - CRM: 69927
CPF: 298.725.888-49

Dr. João Paulo Romeiro
Unifesp - Traumatologia
CREMEPE 22622



ANEXO I

 Ministério da Saúde Secretaria de Saúde Pernambuco		 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		2 - CNES 00000655	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE Saverino Gomes da Silva Filho		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 995266	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DO NASCIMENTO 29/07/66	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Adriana Cy Apolucena dos Santos		10 - SEXO M ☒ F ☐	
11 - ENDEREÇO (RUA Nº - BAIRRO) Rua João de Deus		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Oliminda		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF			
16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS fx fechada do osso da perna			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de TTO cirúrgico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Anamnese + Ex fis + Rx			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fx + fratura			
21 - CID. 10 PRINCIPAL			
22 - CID. 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID. 10 TERCIÁRIO			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Transferrência			
25 - COD. DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA Ortop		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ☐ CNS ☐ CPF	
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Pedro Walter F. de Mello Junior		29 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/09/12	
30 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 		31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)	
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
33 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
34 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
35 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
36 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
37 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
38 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
39 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
40 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
43 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
52 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
53 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
54 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
55 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
56 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
57 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
58 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
59 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
60 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
61 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
62 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
63 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
64 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
65 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
66 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
67 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
68 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
69 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
70 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
71 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
72 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
73 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
74 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
75 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
76 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
77 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
78 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
79 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
80 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
81 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
82 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
83 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
84 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
85 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
86 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
87 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
88 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
89 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
90 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
91 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
92 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
93 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
94 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
95 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
96 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
97 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
98 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			
99 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)			

Cod. 0047



Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Atendimento: 138921

Nascimento: 24/07/1966

Responsável:

Prontuário: 744380

Sexo: Masculino

Nome: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Data e Hora de Atendimento: 29/09/17 21:26:24

Idade: 51 Anos, 2 Meses e 5 Dias

Profissão:

E escolaridade:

CPF:

Identidade: 2869109

Telefone:

Cônjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 705405453189497

Nome da Mãe: ARIMACY APOLLICENA DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO GOMES DA SILVA

Endereço: RUA JULIO DE CRISTO LEAL, PEIXINHOS, CEP: 53260110, Nº 305, OLINDA - PE

OBSERVAÇÃO:

Lugar de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 05

Médico: MIRELLA PATRICIO RODRIGUES - CRM: 21971

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE ENCAMINHADO DO HR COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA D. PACIENTE REFERE TRAUMA EM ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ 1 DIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

HAS+; NEGA OUTRAS COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FÍSICO GERAL:

ECG, EUPNEICO, CORADO, HÍDRATADO, A.A.A. COSNCIENTE ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR, 2T, BNF SEM SOPRO

- RESPIRATORIO:

V + EM AHT SEM RA

DOMEN:

- GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA D

DIAGNÓSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MIRELLA PATRICIO RODRIGUES - CRM: 21971

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.fhmjpe.org



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO DINIZ
Data: 23/03/2020
Hora: 10:42

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Prontuário: 744380

Atendimento: 138921

Unidade de Internação / Leito: ENF 17 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: 51 Anos, 2 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Data: 23/03/2020

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LUCAS MAIA GONCALVES DE MEDEIROS

2. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

04. Instrumentador:

Anestesia:

05. Anestesia: RAQUI ANESTESIA

07. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
ACESSO DE SCM TRANSENDÃO PATELAR DIREITO
ABERTURA POR PLANOS
COLOCADO INICIADOR EM REGIÃO ANTERO-MEDIAL DA TÍBIA DIREITA
FRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR
PASSAGEM DE HASTE INTRAMEDULAR ANTERÓGRADA
BLOQUEIO DA PLACA COM PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL
INSERIDO PARAFUSO TAMPÃO
LAVAGEM COM SF0,9%
SUTURA
CURATIVO TIPO JONES

Dr. Carlos Antonio Rocha Candido Filho
CRM: 25489
Data: 23/03/2020
Hora: 10:42

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRM: 25489

0 04248<>28=6.6670'(L) # 'u . '6 - -- B0011



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

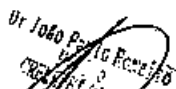
CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

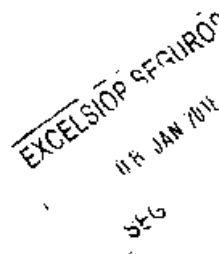
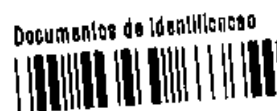
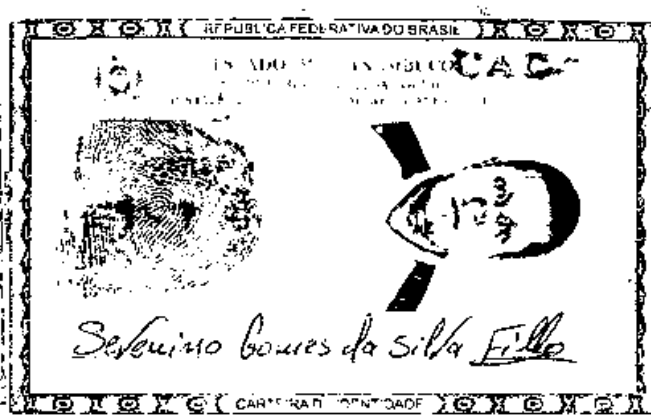
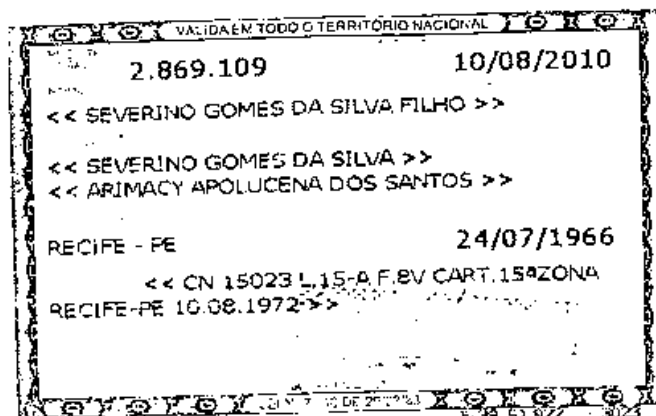
00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Saerino Gomes da Silva FilhoREGISTRO: 744380 DATA DE NASCIMENTO: 24, 07, 1966RG: 2869109 ORGÃO EMISSOR: SDS - PEENDEREÇO: Rua Julio Gisto Leal n° 305-D
Peixinhos - OlindaNOME DA MÃE: Annamary Apolucena dos SantosDATA ADMISSÃO: 29, 09, 17 DATA ALTA: 13, 10, 17DATA DO PROCEDIMENTO: 11, 10, 17 CID: S82.2DIAGNÓSTICO: Fratura da tibia DireitaTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Diáfise da tibia
DireitaMÉDICO: Carlos CandidoCREMEPE: 18336JABOATÃO DOS GURARAPES, 13 DE Dezembro DE 2017.

MÉDICO





Outras



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E D&MS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Severino Gomes da Silva Filho
 DATA DO ACIDENTE 23-09-17 CPF DA VITIMA 502.918.184-5000
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PAGANTE SEJA COM A VITIMA E _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - D&MS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECOMPLÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ADQUIRIDAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - D&MS

- () 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 VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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.DPVAT.SEGUROBRASIL.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04-01-18
 NOME Leiana
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180023936 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE GRAVE E FRATURA DA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180023936 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária da tíbia e da fíbula da perna direita.

Descrição do exame médico pericial: Apresenta consolidação viciosa da fratura acarretando déficit da força do membro inferior direito e marcha atípica.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura diafisária da tíbia e fíbula da perna direita (fixação metálica).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 02/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180023936

Nome do(a) Examinado(a): SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Julio de Cristo Leal, 305 - Olinda/PE -
CEP 53260-110

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 2869109 - sds-pe - 10/08/2010

Data e Local do Acidente : 28/09/2017 - Olinda PE

Data e Local do Exame : 13/03/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

fratura de tibia e fibula diafisárias direitas.

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

Tratado cirurgicamente com haste intra medular da tibia, evoluindo sem
complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

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

vitima com alteração da marcha (++-++++), com deficit de força de grau
moderado do membro inferior direito, com consolidação viciosa da fratura,
prejuízo na mobilidade local, presença de cicatriz cirurgica,

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

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

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

Limitação funcional de grau moderado do membro inferior direito, com
consolidação viciosa



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

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

Vide motivo do impedimento 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

membro inferior direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Nº Sinistro: 3180023936

Vítima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180023936**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12237750

Pag. 01773/01774 - carta_01 - INVALIDEZ

00010887



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Nº Sinistro: 3180023936

Vítima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180023936**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01683/01684 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12238034



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**

Nº Sinistro: **3180023936**

Vítima: **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: **28/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180023936**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0198/01982 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12354197



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Sinistro: 3180023936

Vítima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180023936** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00109/00110 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12484285



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Carta nº: 12550528

A/C: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Nº Sinistro: 3180023936
Vitima: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Data do Acidente: 28/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000037223-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01299/01300 - carta_15R - INVALIDEZ

00020650





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - I
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA

Autorização de pagamento



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

509.438.384-00

SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO		CPF titular da conta	509.438.384-00	Profissão
Endereço	JULIO CRISTOFAL		Número	305	Complemento
Bairro	Peixinhos	Cidade	OLINDA	Estado	PE
Email					Telefone (DDD)
					819984200584

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0937 D/V 033 CONTA NRO. 37293 D/V 1
(Informar dígito se existir)

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura segurada para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

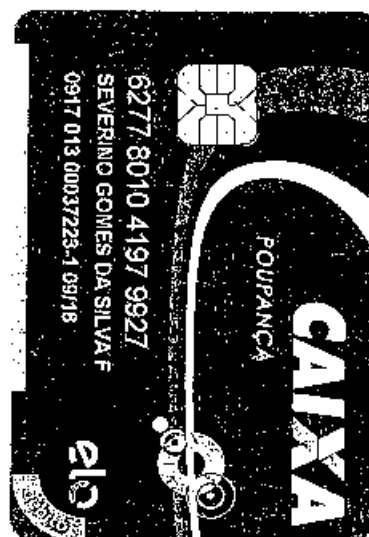
Olinda 04 de janeiro de 2018
Local e Data

Severino Gomes da Silva Filho
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0721204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

Autorização de pagamento



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

509.438.384-00

SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO	CPF titular da conta	509.438.384-00	Profissão	---
Endereço	JULIO CRISTOFAL	Número	305	Complemento	Rua D
Bairro	PEIXINHOS	Cidade	OLINDA	Estado	PE
E-mail		CEP	55260-110	Telefone (DDD)	311984200584

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0917 DVV 033		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 37993 DVV 1		AGÊNCIA NRO. DVV CONTA NRO. DVV	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Olinda, 17 de janeiro de 2018

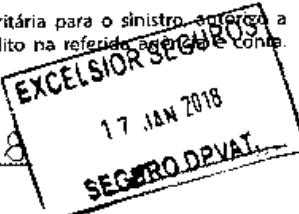
Local e Data

Severino Gomes da Silva Filho

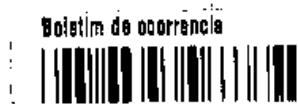
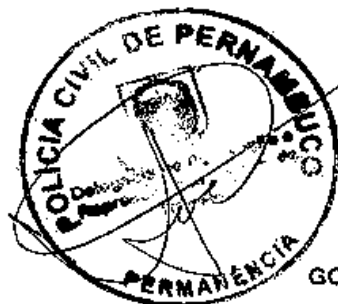
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E2093000388**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/12/2017** às **08:56**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2017** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
CARLOS HENRIQUE PEREIRA GUEDES ALCOFORADO (OUTRO)
SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ARIMACY APULUCENA DOS SANTOS Pai: SEVERINO GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 24/7/1965 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2669109/SSP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Endereço Residencial: BAIRRO DE PEIXINHOS (BAIRRO), 305, RUA JULIO CRISTOLFAL - CEP: 55000-000 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

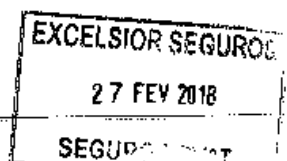
CARLOS HENRIQUE PEREIRA GUEDES ALCOFORADO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARLOS HENRIQUE PEREIRA GUEDES ALCOFORADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH9729 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação



23/02/2018 11:20



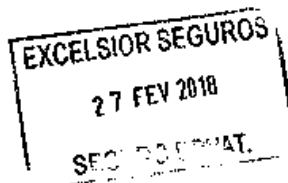
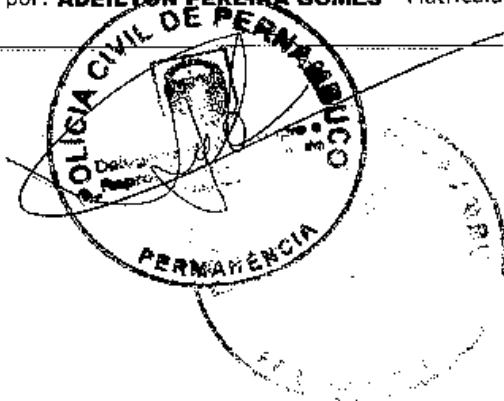
INFORMA A VITIMA, QUE, QUANDO TENTOU ATRAVESSAR A AVENIDA CITADA FOI ATROPELADO PELO VEICULO MENCIONADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HR, CONFORME PRONTUARIO DE NUMERO 872046, CASO ESTE AFETO A DELEGACIA DE PEXINHOS.

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

**SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
(VITIMA)**

Severino Gomes da Silva Filho

B.O. registrado por: **ADEILTON PEREIRA GOMES** - Matrícula: **159741-8**



23/02/2018 11:20

