



Número: **0000958-51.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.787,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA (AUTOR)		EWEYSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59918539	27/03/2020 15:38	2707475_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00009585120208172001

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **10/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 25/09/2019.

Cumprido 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\$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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.

DO MÉRITO

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

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

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

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

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;

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)



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\$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze 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\$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze 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 **10/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos).**

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



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e 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\$ 3.712,50 (TRÊS MIL E SETECENTOS E DOZE 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 HOUE 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

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).

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.

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

⁷art. 1º . (...)

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



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,

RECIFE, 18 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 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					

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/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 **CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00009585120208172001.

Rio de Janeiro, 18 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: **0000958-51.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.787,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA (AUTOR)		EWEYSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59918540	27/03/2020 15:38	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

NOME
 EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / CNH SUBSTITUI
 3092028 SEP PE

CPF
 574.940.534-68

DATA NASCIMENTO
 04/06/1968

FUNÇÃO
 AMARO FERNANDES DE
 OLIVEIRA SOBRINHO
 DALVANI COSTA DE
 ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO
 ACC CNE HAB
 AD

V. RESERVA
 01410781308

VALIDADE
 15/12/2020

EMISSÃO
 25/09/1986

OPERAÇÕES
 A

LOCAL
 SANTA CRUZ DO CAPIMANIM - PE

DATA EMISSÃO
 16/12/2015

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

1219484604

1219484604

1219484604



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397753/19

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 110.571.194-31

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO
BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA : 110.571.194-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



SURUBIM (PE), 02 DE DEZEMBRO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190635409

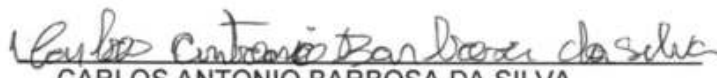
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 10/08/2019, onde sofri FRATURA EXPOSTA DA MINHA PERNA DIREITA E FRATURA DA MANDIBULA, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

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

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635409 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.
FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/ FIXAÇÃO DE MANDÍBULA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL: RESIDUAL DE ÓRGÃOS E
ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: ANEXO 1 - PÁG 5/7/8_CIRURGIA
REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE
AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635409 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.
FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/ FIXAÇÃO DE MANDÍBULA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL: RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/7/8_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635409 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.
FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/ FIXAÇÃO DE MANDÍBULA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL: RESIDUAL DE ÓRGÃOS E
ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: ANEXO 1 - PÁG 5/7/8_CIRURGIA
REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE
AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 60.214.246-5 SSP/SP CPF: 110.571.194-31
DATA DO ACIDENTE: 10/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA LERIO DE BAIXO, 13, GANCHO DO GALO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

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

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

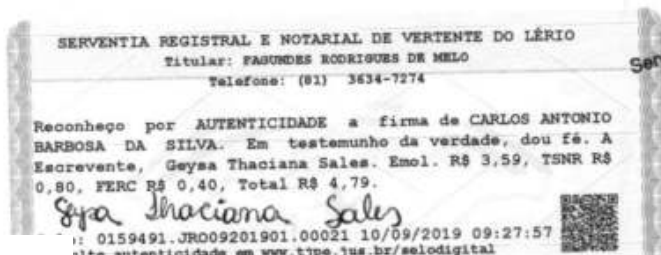
SURUBIM - PE 21 DE AGOSTO 2019.

Firma Reconhecida

Carlos Antonio Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Serventia Registral e Notarial
Vertente do Lério/PE
Geysa Thaciana Sales
Escrevente Autorizada



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397753/19

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 110.571.194-31

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA : 110.571.194-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397753/19

Número do Sinistro: 3190635409

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 110.571.194-31

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO
BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635409

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15102364

Pag. 01735/01736 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190635409 Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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. 01919/01920 - carta_03 - INVALIDEZ

00050960



Carta nº 15111752





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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635409

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000045205-0

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.





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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635409

Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00287/00288 - carta_09 - INVALIDEZ

00070144



Carta nº 15231336



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 110.571.194-31 4 - Nome completo da vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: CARLOS BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 110.571.194-31
7 - Profissão: R. INFORMAR. 8 - Endereço: RUA - LERIO DE BAIXO 9 - Número: 13 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55250-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-991613907

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.205
(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Surubim - PE 12/11/2019.

X Carlos Antonio Barbosa da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

110.571.194-31 CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

CARLOS BARBOSA DA SILVA 110.571.194-31 R. INFORMAR. RUA - LERIO DE BAIYO 13 CASA GANCHO DO GALO SURUBIM PE 55250-000 81-991613907

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1295 0 CONTA: 45205 0 AGÊNCIA: 0 0 CONTA: 0 0

(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Surubim - PE 11/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002320

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/09/2019** às **20:15**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/8/2019** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO GANCHO DO GALO, TREVO DO GANCHO DO GALO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 106**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LAURILSON DE SOUSA BARBOSA (OUTRO)
CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA**

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

CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RISOLENE DE SOUSA BARBOSA** Pai: **JOSÉ ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **27/11/1991** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **602142465/SSP/SP (RG), 11057119431 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 81999290974**

Residencial: **RUA LERIO DE BAIXO, PRÓXIMO A LAVANDERIA - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 13, ZONA RURAL - SÍTIO GANCHO DO GALO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A LAVANDERIA**

LAURILSON DE SOUSA BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RISOLENE DE SOUSA BARBOA** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LAURILSON DE SOUSA BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**

25/09/2019 20:01



Cor: **LARANJA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PEI4898** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **251951766** Chassi: **9C2KD0520AR052593**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (TONELADA)**

Descrição: **TOYOTA BANDEIRANTE.**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 10/08/2019, POR VOLTA DAS 07:30 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR 150/BROS ES, COR LARANJA, ANO/NOV 2010/2010, PLACA PEI-4898-PE, NA RODOVIA PE 106, SÍTIO GANCHO DO GALO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO NO REFERIDO TREVO, NO SENTIDO VERTENTE DOLERIO/SURUBIM, COLIDIU COM LATERAL ESQUERDA DE UM VEÍCULO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA DE MOTORISTA DESCONHECIDOS, QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO. QUE DEVIDO A COLISÃO O MESMO SE FERIU GRAVEMENTE E FOI SOSORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E LOGO APÓS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS (HGV) NO RECIFE-PE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO E BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº 00083374 DA UPA.

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

CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

Carlos Antonio Barbosa da Silva

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **1195344**



25/09/2019 20:01



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635409 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.
FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/ FIXAÇÃO DE MANDÍBULA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL:
RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 5/7/8_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 110.571.194-31 4 - Nome completo da vítima: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: CARLOS BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 110.571.194-31
7 - Profissão: R. INFORMAR. 8 - Endereço: RUA - LERIO DE BAIXO 9 - Número: 13 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55250-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-991613907

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 45.205
(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Surubim - PE 12/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000045205-0

Nr. da Autenticação A59F266F1C8F6E86



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1398870088

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 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 tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!

MARIA DOLORES DE LIMA

ENDEREÇO

RUA LERIO DE BAIXO 13 CS-13
-SURUBIM/GANCHO DO GALO
-55750-000 SURUBIM PE -

DATA DE VENCIMENTO

31/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 21,48

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

070878421

CONTA CONTRATO

7024418833

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

22/06/2019 a 24/07/2019

CONSUMO

37

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7024418833

MÊS/ANO

07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 21,48

VENCIMENTO

31/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

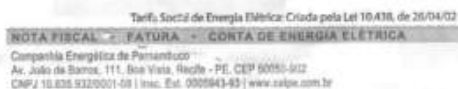
838800000003 214800110075 024418833106 141694499831



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

21/08/2019 08:36



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA XXXX, S/N, JARDIM XXXX, J. XXXX, XXXX-XXX-XXXX

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

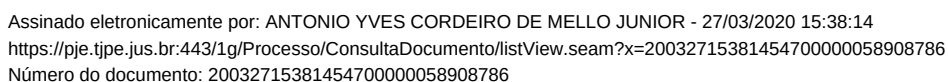
DATA PENGANTARAN	MELENGKAP
7005749888	10/2019
DATA ISU/KEPERAWATAN	DATA PENGANTARAN/KEPERAWATAN
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL & PAGAW (RSE)	102,74

14/10/2019	07/11/2019
TOTAL & PAGAR (R\$)	102,74

TOTAL DA FATURA	102,74
-----------------	--------

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

As condições gerais de funcionamento do RACEL, do ADEL e do ADEL II, bem como as condições de acesso aos dados e informações de natureza estatística, são constantes, permitindo a qualquer interessado a sua obtenção e o seu uso.



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.571.194 / 31, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.571.194 / 31, 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 <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AF SEGUROS 1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133-5022</u>

SURUBIM, 10 de NOVEMBRO de 2019

Local e Data



 Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





Prefeitura Municipal de Surubim



SAMU
192

PREFEITURA DE
SURUBIM
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 77/2019

Surubim, 18 de outubro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente **CARLOS ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA**, DN: 27/11/1991, portador do RG nº. 60.214.246-5 SSP-SP, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia **10/08/2019 as 08:45 h**, colisão moto x carro, paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando deformidades em região da face e MID (tibia e fibula) devido ao trauma, posteriormente foi encaminhado para a **unidade de pronto atendimento – upa**, Surubim-PE com o código ID:S- 665281.


José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 – ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156





- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Carlos Antonio Barbosa da Silva**, nascido no dia 27/11/1991, filho da Sra. **Risolene de Sousa Barbosa** e do Sr. **José Alexandre Ferreira da Silva**. Residente na, nesta Cidade. Solicitou no dia 21/08/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclistico.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. **Gentil Augusto de Miranda** no dia 10/08/2019 pelo médico plantonista **Dr. Marcos Vinicius D. P.** CRM – 24799 .

Surubim, 21 agosto de 2019.


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento – UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



MURUBIM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
JPA 24H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Cor/Raça: PARDA Nº OCORRÊNCIA: 00083374
Identificador: 30102 CNS: Idade: 27 Anos 8 Meses 14 Dias Sexo: MASCULINO
Nome: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA Nascimento: 27/11/1991 Est.Civil: SOLTEIRO
End.: Nº: Bairro: CEP: 55750000
Idade: SURUBIM Nac.: Doc nº: 602142465
Mãe: RISOLENE DE SOUSA BARBOSA Pai: JOSE ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA
Profissão: Responsável: Tel.: 81 81827215

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

10/08/2019 08:58 83374 ACIDENTE

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

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
	130x90	90			

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

SIGS% Acidente motorveicular há cerca
de 20 minutos não, sugando a CLE.
Relata dor lateral
Ao exame: BPE, Lg, Apg, corr
Módulo Ativo
Def: pulso distal (+) e distal

TRATAMENTO:

1) Atmo com oxigênio
2) Cateterismo IM 01 mg
3) Enema ha no ALG-V (5745781)

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 10/08/2019 08:58:14

☐ CURATIVO

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

Dr. Marcos Vinícius P. de Almeida
MÉDICO CRM
MÉDICO
CRM DE 24799

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: MARIA LUCINALDA PEREIRA DO NASCIMENTO





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local: <u>UPA</u>		Município: <u>Surubim</u>		1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local	
Nome do Paciente: <u>Antônio B. Silva</u>		data de Nascimento: <u>27, 11, 41</u>			
Quadro Clínico: <u>Plano de viragem da coluna cervical direita no TCE queira</u> <u>de 15 graus para 30 graus. Não há fratura de coluna.</u> <u>Plano de viragem da coluna cervical esquerda de 15 graus para 30 graus.</u> <u>Plano de viragem da coluna cervical esquerda de 15 graus para 30 graus.</u>					
HD: <u>TCE com fratura mandibular e fratura de tibia</u>					
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente <u>Manoel Viriato D. P. Pimenta</u>		CRM: <u>[assinatura]</u>		DATA: <u>10.08.11</u>	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:		DATA:	
5745781 1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) _____ _____ _____				
	Assinatura do (a) médico (a):		CRM:		
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) _____ _____ _____				
	Assinatura do (a) médico (a):		CRM:		
Assinatura do Responsável					
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem				COREN:	
Assinatura do Motorista				Placa da Ambulância:	





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Prontuário: 01127563

Data de Nascimento: 27/11/1991

Idade: 27a 9m 15d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

S82.7

Feito o Exame de RADIOGRAFIA + HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO

Observação:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 10/08/2019, APRESENTOU FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA. NECESSITOU PASSAR POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM APOSIÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR, APRESENTA DORES E DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO. ATUALMENTE ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE 27709

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE 27709
Recife, 11 DE SETEMBRO DE 2019

JOSE VICTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: Nº.27709

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) **CARLOS ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA** necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades trabalhistas e estudantis, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: S02.6

Recife, 13/08/2019

Dr. Jovai Neto
Cirurgia e Trauma BMF
CRM 11.519

Assinatura do Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60501 de 14/03/1967



HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Paulo Roberto Barbosa Filho

ROBERTA ALV. Paulo Roberto Barbosa Filho

CLÍNICA: Paulo Roberto Barbosa Filho

DATA DE ADMISSÃO: 10.8.19

PROCEDIMENTO REALIZADO: Autossuturo

PROCEDIMENTO REALIZADO: Autossuturo

DATA DA INTERNAÇÃO: 10.8.19

DATA DA ALTA: 13.8.19

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 117.756.3

DATA DE INTERNAÇÃO: 10.8.19

DATA DA ALTA: 13.8.19

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 117.756.3

DATA DE INTERNAÇÃO: 10.8.19

DATA DA ALTA: 13.8.19

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 117.756.3

DATA DE INTERNAÇÃO: 10.8.19

DATA DA ALTA: 13.8.19

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 117.756.3

DATA DE INTERNAÇÃO: 10.8.19

DATA DA ALTA: 13.8.19

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 117.756.3

DATA DE INTERNAÇÃO: 10.8.19

DATA DA ALTA: 13.8.19

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 117.756.3

DATA DE INTERNAÇÃO: 10.8.19

DATA DA ALTA: 13.8.19

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 117.756.3

Autossuturo

Autossuturo

Paciente com história de
anestesia por cirurgia com
transfusão de H.V.

Autossuturo

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS

OSTO: ☐ IM ☐ SVD ☐ BO

ORIENTAÇÃO QUANTO AO COMPANHAMENTO (AMBULATORIO DE RETORNO DATA DE RETORNO):
Urológico / Urologia / Autossuturo / Retorno ao ambulatório 4 dias (RVI)

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

Obs: Agende BAF p/ Alta hospitalar

13.8.19

DATA

Dr. Carlomano Maciel

GERENTE RESPONSÁVEL
CRM 100.000.000-00
SBOT 8929

Avenida Getúlio Vargas s/n - Cordano
Recife/PE - CEP 51.040-000



Relatório de Alta Hospitalar
 Cirurgia Plástica Maxilo-Facial

Paciente: CARLOS ANTONIO MARCOS DA SILVA Reg: 1127863

PACIENTE CONSULTORADO ACERTEMENTE E ENTREGUE ADEQUADO O TRATAMENTO FACE

Internado: 10/08/2019	Cirurgia: 10/08/2019	Alta: 13/08/2019
Cirurgião	Dr. Eduardo Fernando	
1. Auxiliar	Dr. Joesval Neto	
2. Auxiliar	Dr. Ildio Hines	
Anestesiista	Dra. Emmanuela Calvão	

Retornar ao ambulatório De Dra Taciana, dia 19/08/19, Segunda-feira, as 07H.
 (Favor Abrir prontuário)

Condições clínicas (no momento da alta Hospitalar)

PACIENTE EM SEU TIPO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA. EVOLUI EM EBG, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFÉBRIL AO TOQUE. AO EXAME FÍSICO APRESENTA SUTURAS EM POSIÇÃO SEM SINAL DE DEISCÊNCIA, DISCRETO EDEMA EM FACE, BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO ADEQUADA. PACIENTE SEM QUEIXAS ALGUMAS EM CONDIÇÃO DE ALTA HOSPITALAR.

CD:

- 1- ORIENTAÇÕES E PRESCRIÇÃO DOMICILIAR
- 2- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
- 3- ALTA HOSPITALAR

cedido, 13 de Agosto de 2019.

José Val Neto
 Cirurgião Plástico
 CRM 11.513



Nome	CARLOS ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA	REG:	1127563
------	---------------------------------	------	---------

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins de trabalho e de direito que o Sr. supracitado deu entrada no serviço no dia 10/08/2019 com historia acidente motociclistico cursando com trauma em face. CID: S02.6. Realizou cirurgia de Redução e Fixação de fratura bilateral de mandibula no dia 10/08/2019. Recebeu alta no dia 13/08/2019, permanecendo em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Jovial Neto
Cirurgia de Trauma BMF
CRO 11519

RECIFE, 13 DE AGOSTO DE 2019





HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr (a)

Antonio Bonfante FIL

necessita de

15

dias

de

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

CID

S82

HG

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Monte 10/8/19

LOCALIDADE E DATA

Dr. Carliomano Macedo
Ortopedista
CRM-PE 12978
CBO 8929

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades
previstas no Art. 56 do RGPS aprovado pelo Decreto
nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para
justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do
trabalho.

Av. General San Martin 400 - Cordão

Recife/PE - CEP 50.610-000

Fone: (081) 2134330

REC-2017-V-1-2012





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 755369

1.1 - Atendimentos em: 10/08/19

1.2 - Às 14 horas e 04 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1127563

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 10/08/19 - LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA E OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR NA TÍBIA DIREITA + REDUÇÃO + OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA MANDÍBULA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 22.10.2019

HORA: 13:00:38

PASTA: 01.10.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 13075

Dr. Gustavo Souza Leão.



HOS

HGV- Hospital Getúlio Vargas



756379

Prontuário: 1127563

CNS: 898001484003502

Paciente: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Clínica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Leito: SR 58

Nascido: 27/11/1991 Idade: 27 Anos 8 Meses

Sexo: MASCULINO

Mãe: RISOLENE SOUZA BARBOSA

Fone: 9889-3411

Endereço: SÍTIO LERIO DE BAIXO, 0 - CENTRO - SURUBIM - PE - Cep 55750971

Prestador: 1 HOSPITAL GETULIO V. DATA: 10/08/2019 Hr: 14:41 Usuário: EDSONAV

7563

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA

Data Nasc.: 27/11/1991 Idade: 27 S

CPF: RG: 602142465

Endereço: SÍTIO LERIO DE BAIXO

Bairro: CENTRO

Cidade: SURUBIM

CEP: 55750971

Fone: 98893411

Nome da Mãe: RISOLENE SOUZA BARBOSA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE MOTO COM FERIMENTO; SANGRAMENTO EM MID, EDEMA E DEFORMIDADE DE FACE, NE

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 10/08/2019 HORA: 14:04 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura mQueimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório

PA:

x

mmm

Pulso:

bpm:

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 10/08/2019 13:47

Nome Paciente: CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/11/1991
Sexo: Masculino
Idade: 27
Senha: E0023
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/08/2019 13:49 - 10/08/2019 13:52

ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS - COREN: 56525 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: REFERE ACIDENTE DE MOTO COM FERIMENTO + SANGRAMENTO EM MID + EDEMA E DEFORMIDADE DE FACE HÁ +/- 7H, NEGA DESMAIO E VOMITO

Observação: VINDO SURUBIM SENHA 5745781

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS - COREN: 56525 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/08/2019 13:52

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME: Carlos Antonio Barboza de Silva
Nº DO REGISTRO: _____ SETOR: Cirurgia DATA DE ADMISSÃO: 10/08/19

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐	IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
☐	CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
☐	COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
☐	DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
☒	PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
☒	DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
☒	HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
☐	ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)
☐	OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
☐	SEDAÇÃO/ANESTESIA
☐	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
☐	URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
☐	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
☐	PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MSD

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA ☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM ☒ NÃO ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

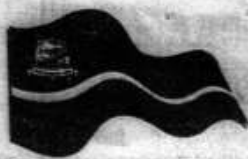
ENFERMEIRA/COREN: _____

Zenilda M. P. de S. Almeida
Enfermeira - COREN 25.4825
Módulo 358 - 15V

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX8-31845600

HGV 1026 V.1.2013.





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local				
Hospital Local: UPA	Município: Surubim			
Nome do Paciente: Jonas Antonio B. Silva	data de Nascimento: 27/11/91			
Quadro Clínico: Paciente vítima de acidente motorizado no TCE quina-ol de casa lateral e perna direita. Morte por trauma de cabeça.				
HD: 1) TCE com fratura mandibular 2) Fratura exp. tibia 3)				
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente Minister Vitorino D. P. Pamplona	CRM: Minister Vitorino D. P. Pamplona MÉDICO CRM-PE 24799	DATA: 10.08.19		
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN:	DATA:		
5745781 1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino: HCV	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)			
	Assinatura do (a) médico (a): CRM:			
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)			
	Assinatura do (a) médico (a): CRM:			
Assinatura do Responsável				
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN:		
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância:		





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: CARLOS ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA Registro: 1127563

Data da operação: 10/08/2019

Operador: Dr Eduardo Moreno 1º auxiliar: Dr. José Romar

2º auxiliar: Dr. Jeoval Neto / Italo Binas

Anestesista: Dra Emanuela Galvão

Tipo de operação: Redução e fixação de fratura de corpo E e ângulo D de mandíbula.

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral
- 2) Antissepsia e aposição dos campos cirúrgicos
- 3) Colocação de tampão orofaríngeo
- 4) Infiltração anestésica com Bupivacaína 0,5% + epinefrina 1:200.000
- 5) Incisão e descolamento dos tecidos em região de corpo mandibular esquerdo
- 6) Incisão e descolamento dos tecidos em região de ângulo mandibular esquerdo
- 7) Redução e fixação de fratura complexa de corpo mandibular esquerdo com 2 placas (1x 4 furos, 1x 5 furos) e 8 parafusos do sistema 2.0
- 8) Redução e fixação de fratura complexa de ângulo mandibular direito com 1 placa (7 furos) e 5 parafusos do sistema 2.0
- 9) Limpeza e lavagem das feridas operatórias com S.F. 0,9%
- 10) Sutura por planos com fio reabsorvível Vicryl 4.0
- 11) Remoção do tampão orofaríngeo
- 12) Irrigação copiosa
- 13) À SRPA

Italo Binas
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residente HUOC / FOP / UPs
CRO/PE/13615



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMES DA SILVA 8000-2		CARTeira DE IDENTIDADE ASSINATURA DO TITULAR Carlos Antonio Barbosa da Silva	
FOTOGRAFIA 		IMPRENSA 	
NOME CARLOS ANTONIO BARBOSA DA SILVA FILIAÇÃO JOSÉ ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA RISOLENE DE SOUSA BARBOSA NATURALIDADE S. PAULO - SP DOB ORDEM SÃO PAULO - SP SANTO AMARO CN:LV.A446/FLS.092/N.323764 CPF 110571194/31		DATA DE NASCIMENTO 27/11/1991 DATA DE EMISSÃO 04/08/2015 REGISTRO GERAL 60.214.246-5 1 via EMISSÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL NÃO PLASTIFICAR			

