



Número: **0010813-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59919644	27/03/2020 15:50	<a href="#">2707531_CONTESTACAO_01</a>	Parecer



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00108135420208172001

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

**ARUANA SEGUROS S/A**, empresa seguradora com sede à Rua Visconde de Pirajá, 547 - Sala 802 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22410-003, inscrita no CNPJ sob o número DFGHJK e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**, 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 **13/09/2019**, restando permanentemente inválida.

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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta 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.

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



## **PRELIMINARMENTE**

### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

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

## **DO MÉRITO**

### **DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**

### **DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

O boletim de ocorrência apresentado não discorre sobre a dinâmica dos fatos e também não apresenta informações sobre os veículos envolvidos.

Portanto, para que não paira qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

### **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

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;



trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

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

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

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

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, 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 irretirável 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

<sup>3</sup>“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)



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 **13/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta 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 parciais<sup>4</sup>.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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%.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> **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.”



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\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>.

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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



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.

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, 19 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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00108135420208172001.

Rio de Janeiro, 19 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0010813-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59919645	27/03/2020 15:50	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



## 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:

101.004.884-80

4 - Nome completo da vítima:

JOSE IVANILDO DE BARRROS SOARES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo:

JOSE IVANILDO DE BARRROS SOARES

6 - CPF:

101.004.884-80

7 - Profissão:

NENH

8 - Endereço:

RUA GARGAL LIMA

9 - Número:

83

10 - Complemento:

A

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

BOA CONSOLIDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55330-000

15 - E-mail:

NENH

16 - Tel (DDD):

(81) 99304-6399

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 anexado (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO 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 (PAI, CURADOR, TUTOR)☒ CONTA POUÇANÇA (elemento para os bancos abertos. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3547

CONTA:

14683

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE LÍNGUAS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Vivo

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 tem filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s):

☐ 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 às pessoas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer notícia 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 - Imprimir e assinar aqui a vítima ou beneficiário não alienado

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Consolida (PE), 16/04/19.

JOSE IVANILDO DE BARRROS SOARES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





*Bom Conselho*  
A NOSSA CIDADE CADA DIA MELHOR



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido, o Sr JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES, Nº DO RG: 8.834.503 SDS/PE, que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao MESMO com ID – 0504, no dia 13 de SETEMBRO de 2019, às 22H e 00min, no endereço: PE 2018 com queixa de COLISÃO MOTO COM ANIMAL, tendo sido enviada a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DO SAMU BOM CONSELHO, que prestou atendimento pré-hospitalar à vítima, transportado para o HOSPITAL MONSENHOR DAMASSO e em seguida realizado a transferência inter-hospitalar para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO com senha 5770739

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL, PRANCHAMENTO DA VÍTIMA, COLOCAÇÃO DO KED, AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS, CURATIVOS COMPRESSIVOS E A ACESSO VENOSO PERIFÉRICO COM A INFUSÃO DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9 %.

BOM CONSELHO – PE, 25 SETEMBRO DE 2019

KLEITSON ALBUQUERQUE DE ARAÚJO  
COORDENADOR

*[Assinatura]*  
KLEITSON ALBUQUERQUE DE ARAÚJO  
COORDENADOR

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE BOM CONSELHO  
em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



# 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:	17/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03547

CONTA: 000000014683-2

---

---

Nr. da Autenticação 3B59160299F00393





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



**CELPE**

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

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 móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b>		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>17/09/2019</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 10/09/2019	<b>CONTA CONTRATO</b> 007024003153
CICERO PADILHA SOARES		<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 10/09/2019	<b>Nº DO CLIENTE</b> 2000048954
CPF: 843.386.434-91			<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 076742324	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0006347049
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>		<b>CLASSIFICAÇÃO</b>		
RUA BARBOSA LIMA 83 - A		<b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b>		
CENTRO/BOM CONSELHO		<b>Monofásico</b>		
55330-000 BOM CONSELHO PE		<b>RESERVADO AO FISCO</b>		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		33A1.E750.9D45.AF9D.8C92.B384.9940.B1D3		

### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	64,00	0,77952320	49,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,63
Contrib. Rum. Pública Municipal			4,20
ICMS Subvenção-CDE-NF 089064970-10/07/19			0,56
Multa por atraso-NF 072878016 - 09/08/19			1,30
Juros por atraso-NF 072878016 - 09/08/19			0,21
Atualização IGPM-NF 072878016 - 09/08/19			0,06
TOTAL DA FATURA			59,84

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
53,51	25,00	13,37	53,51	0,81	0,43
					3,72
					1,99

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54823000		kWh
		SET 19	64
		AGO 19	81
		JUL 19	81
		JUN 19	92
		MAI 19	91
		ABR 19	83
		MAR 19	84
		FEV 19	87
		JAN 19	86
		DEZ 18	84
		NOV 18	82
		OUT 18	75
		SET 18	76

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	18,48 34,40
Transmissão	1,85 3,48
Distribuição (Cálculo)	11,23 20,90
Encargos Setoriais	2,64 4,93
Tributos	15,78 29,91
Perdas de Energia	2,94 5,42
TOTAL	53,51 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE GRAS	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
00000002160485131	CAT	09/08/2019	2.750,00	10/09/2019	2.814,00	32	1,00000

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AJUSTADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
JUL/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	BOM CONSELHO	0,00	5,91	11,82	23,64
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,46	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EURO-Valor de Encargo de Uso - R\$ 19,06					
Tudo Consumidor pode solicitar a aprovação das indicadoras DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

Scanned by CamScanner



Secretaria Municipal de Saúde  
HOSPITAL MONSENHOR ALFREDO DÂMASO

HR

*[Signature]*  
Médico assistente  
Carimbo

13/09/19

Hora de reserva:

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

Dados do paciente		
Nome do paciente	José T. V. da Silva de Brito Soares 25 anos	
Identidade	Data de nascimento	Sexo
		Fem. ( ) Masc. ( )
História clínica		
<p>Paciente vítima de acidente de moto, TCE e atropelamento, apresenta laceração na face em região superior, apresentando hemorragia. Condição orientada, no momento, em tratamento. Exame físico 15.</p> <p>Solicito avaliação de NCR e BME</p> <p>SENHA: 5770739</p>		
Assinatura médica:		
<p><i>[Signature]</i></p>		
Assinatura principal:		
Assinatura diagnóstica:		
Assinatura de transferência:		
Assinatura de transferência:		
Médico assistente		
Carimbo		





**Prefeitura Municipal de Bom Conselho**  
Secretaria Municipal de Saúde  
**PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA**

Nome:	José Irmão de Jesus Silva			Hora:	13:15
Idade:	28 anos	Peso:		Temperatura:	PA: 120 x 80
Endereço:	Rua Francisco de Sá, 100				
Filiação:	Márcia de Jesus Silva				
Acid. Trans:	(x)	Acid. Trab:	( )	Agressão:	( )
HDA:	Outros: ( )				
Ex. Cln:	paciente com queixa de dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, perda de peso, fadiga, etc.				
Diagnóstico:	40 NAVE				
Conduta:	57 70 739 #R.				
Cons. Simples ( )	Cons. Terapia ( )	Cons. Observação ( )	Procedimento ( )		
12 / 03 / 19					
Data	Médico				



DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital de Restauração

Data: 14/09/19  
 Médico: \_\_\_\_\_  
 Técnico: Jansen  
 ETIQUETA  
 020601074

Serviço Executivo  
Contas Medicamentosa



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

ETQUETA

### Ficha de Atendimento

D Exame Neurológico		Deficiência motora		MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas	Isocóricas <input type="checkbox"/>	Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow Abertura Ocular		Glasgow Resposta Verbal		Glasgow Resposta Motora						
Score	Hora	Score	Hora	Score	Hora					
E C C I T S										
E Exposição/Abdômen  SEM LESÕES										
Diagnóstico inicial: FRAQUA DE CÂPSULA MENISQUEAL (C)										Cod. Procedimento
Conduta: ① INSTALAÇÃO DE BANDA DE CAUCH E BMM; ② ALTA BMM.										Ass. Médico
<p>Allen Martins Cirurgia e Traumatologia Residência HUCCORP/UFPE CRM 12044</p>										Ass. Enfermagem
Evolução de Enfermagem:										
Condição de Alta:										
Definição do Caso:						<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta				
Internado na Clínica:						<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito				
Transferido para:						Allen Martins				
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:										
Médico: Allen Martins						CRM: 12044 Data: 14/07/19 Hora: 10:00				
<b>Termo de responsabilidade para internamento:</b> - Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.										
Data: _____						Nome completo legível: _____				
No da identidade: _____						Assinatura: _____				
<b>Termo de responsabilidade de alta a pedido:</b> - 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: 14-Set-19										





# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 14/09/2019 03:33

Nome Paciente: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 21/07/1991  
Sexo: Masculino  
Idade: 28  
Senha: U0009  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 14/09/2019 03:35 - 14/09/2019 03:37

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: COLISÃO MOTO X ANIMAL HA CERCA DE 05 HORAS COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, PRESENÇA DE OTORRAGIA A DIREITA, RINORRAGIA, LESÃO EM LABIOS, NEGA DEFORMIDADE EM MEMBROS, QUEIXA DE CEFALÉIA, HIPERTENSO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA

Observação: SENHA 5770739

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: \_\_\_\_\_

Nome: JOSÉ IVANILDO BARROS SOARES

Foi atendido às 10:30 hs, do dia 14 / 07 / 2019

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MORTALIDADE,  
CHATEADO COM ANVENÇÃO DO UMBILICO 21, UMBILICO  
DO UMBILICO 11 E 22 E FRACTURA DE CÔRDIS  
MANEJADA (D)

Tratamento Realizado: BAIXO DE ELLICH + BOM COM  
ELASTICOS

RECOMENDAÇÃO DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
LABORAIS POR UM PERÍODO DE 15 (QUINZE) DIAS.

Observação: RETOURNO AO AMBULATÓRIO GERAL DO  
HUCE, SÓLO DIA 14/07, AO DIA 20/07/2019,  
AS 7h30

Cópia de: \_\_\_\_\_

Alison Martins

Enfermeiro(a) - Hospital

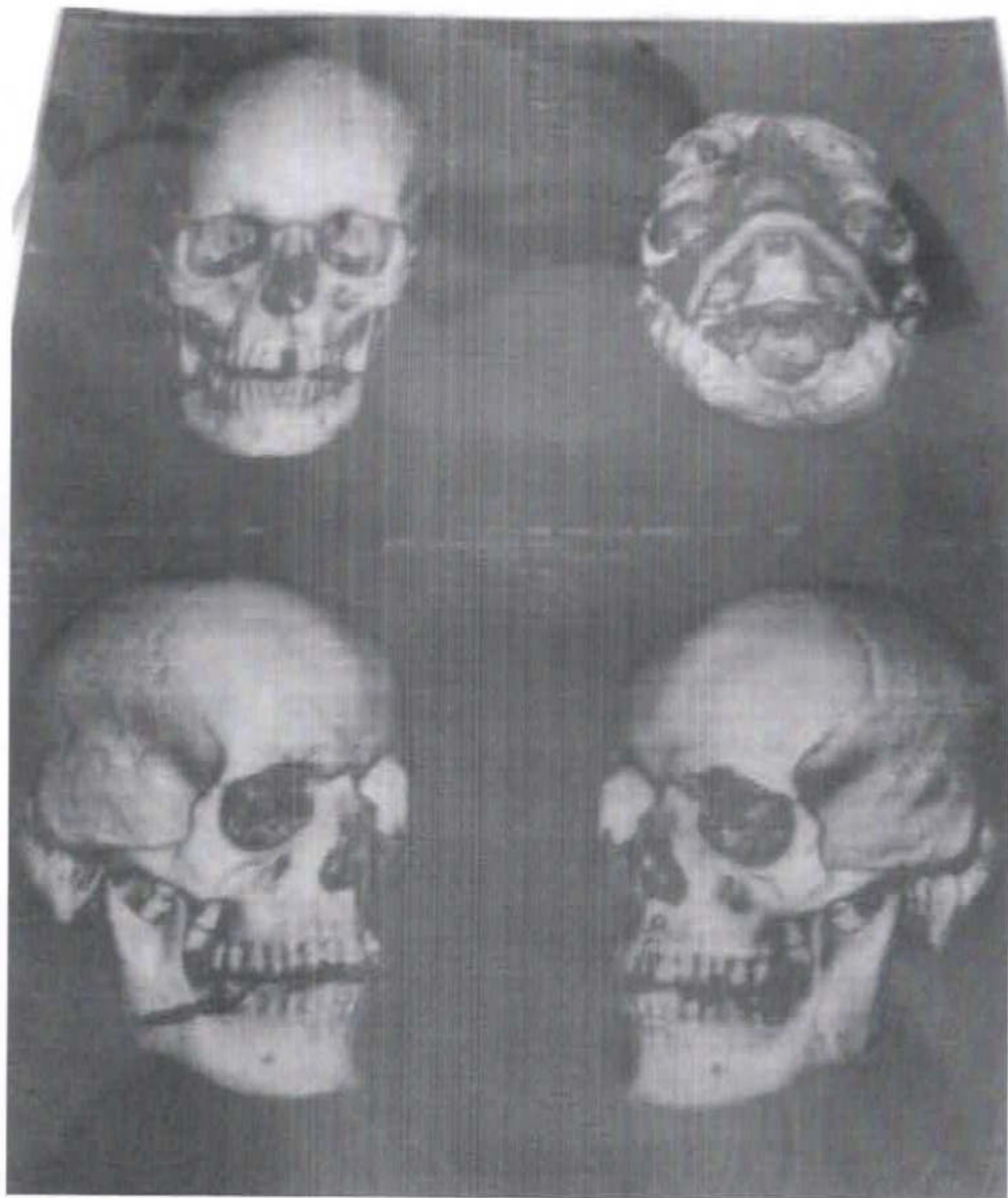
Assinatura: \_\_\_\_\_

Médico - CRM Nº

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome completo:		
CRM:	UF:	Nº:
Endereço:		
Cidade:	UF:	
Telefone: ( )		

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Paciente: José Inocêncio Gomes

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: Condens (10mg) - 1Cx  
3 cp Vo 1x/12h

*[Assinatura]*  
Mário Corrêa  
Farmacêutico  
CREME 2044

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone: ( )	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	





1001.0266009

TOMOGRAFIA HR

Data: 14.09.19

SENHA DA REGULAÇÃO:

APROVADO / R. JUNIOR  
1001.0266009



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

TE: 0266009  
026601014

Nº PRONTUÁRIO: <b>1693293</b>		Data e Hora de Atendimento: 14/09/2019 03:52		Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b>	
Nº ATEND.: 1482106		Paciente: <b>JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES</b>		Nm. Social:	
Data de nascimento: 21/07/1991		Idade: 28a 1m 25d		Sexo: <b>MASCULINO</b>	
Estado Civil: <b>CASADO</b>		Profissão:		Acompanhante: <b>TAMIRES FEITOSA DA SILVA</b>	
DOC ID / Data expedição 8834503 / 09-Sat-09		Mãe: <b>SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES</b>		Cartão SUS: 705001620549056	
Pai: <b>CICERO PADILHA SOARES</b>		Número 83		Complemento:	
Endereço: <b>RUA BARBOSA LIMA</b>		UF: <b>PE</b>		Telefone: <b>981209982</b>	
Bairro: <b>CENTRO</b>					
Cidade: <b>BOM CONSELHO</b>					
Ocorrências:					
Motivo do atendimento: <b>ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO) / CEFALÉIA</b>					
Procedência: <b>OUTRO HOSPITAL</b>					
Informações do Serviço Social:					
Confirmação de nome:		Fones:		Assistente Social	
Confirmação de endereço:					
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>					
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>					
Outros <input type="checkbox"/>					
Observação:		Assistente Social			
História Clínica:					
<p>* Queda de colisão moto-rodada, com perda de consciência Encontrava-se alcoolizado e com uso recente de crack Permaneceu no local por 15 minutos Levou ao hospital por J. JUNIOR L. med. GMR</p> <p>BRUNO R. S. ROCHA Médico Neurocirurgião CRM 10012</p>					
Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Tipo:		Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Atual:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Por Que?			
Exame Físico:					
A. Geral: Vix aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:			
B. Respiratório: <b>CLARINADO</b>					
C. Circulatório: PA: <b>X</b> mm		Pulso:		bpm	





SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

ETIQUETA

### Ficha de Atendimento

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupílas: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular	Escore:	Glasgow: Resposta Verbal	Escore:	Glasgow: Resposta Motora	Escore:
15		15		15	
E: Exposição/Abdômen					
SEM SINAIS					
Diagnóstico Inicial:				Cod. Procedimento	
Fratura de crânio fechada					
Conduta:				Ass. Médico	
1) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DE SAÍDA DO HOSPITAL 2) ALTA EM 24H					
Assinatura do Médico: Allan Martins Médico em Neurológica Hospital da Restauração Conselho 13441					
Evolução de Enfermagem:				Ass. Enfermagem	
Definição do Caso:				Condição de Alta:	
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta				<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito	
Internado na Clínica: Transferido para:					

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:   
 Médico: Allan Martins CRM: 13441 Data: 14/03/19 Hora: 10:00

#### 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: 14-Set-19



# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Formo da Classificação de Risco - Protocolo  
Data e hora retirada da senha: 14/09/2019 03:33

MANCHESTER V2

Nome Paciente: JOSÉ IVANILDO DE BARROS SOARES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 21/07/1991  
Sexo: Masculino  
Idade: 28  
Senha: U0005  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 14/09/2019 03:35 - 14/09/2019 03:37

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: COLISÃO MOTO X ANIMAL HA CERCA DE 05 HORAS COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, PRESENÇA DE OTORRAGIA A DIREITA, RINORRAGIA, LESÃO EM LÁBIOS, NEGA DEFORMIDADE EM MEMBROS, QUEIXA DE CEFALÉIA, HIPERTENSO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA

Observação: SENHA 5770738

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/09/2019 03:37

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**HOSPITAL MONSENHOR ALFREDO DÂMASO**

HR

*[Signature]*  
Médico assistente  
Cirurgião

13/09/18

Hora da reserva:

**LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA**

Dados do paciente		
Nome: <u>Jose T. V. da Silva de Barros Soares</u>	Idade: <u>20 anos</u>	Sexo: <u>Masc.</u>
Identidade: <u>CPF</u>	Data de nascimento: <u>13/09/18</u>	Fem. ( ) Masc. ( )
História clínica		
<p>Paciente vítima de acidente de moto T.E. atropelado, batido, apresentando laceração na face com ferimento superficial, sangramento. Condição estável, mas com dor no membro inferior direito. Exame físico: 15.</p> <p>Solicitado avaliação de NCR e RME</p> <p>SENHA: 5770737</p>		
Assinatura do médico assistente		
<i>[Signature]</i>		
Carimbo		





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Yrrolando de Sousa

1482106

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTDME # 14/03/19 5h

Paciente com história de colúria mal-odora, febre, dor lombar, náuseas, vômitos, BGL. No exame físico apresenta edema, dor em latido superior, dor em dorso II e dorso de 21. Edema em região pré-auricular D. TC de face sugere fratura de condilo D.

CD. 1. Riolago Souto

2. Acamp GME / VCR

Dr. Yrrolando de Sousa  
Médico Assistente  
Clínico Geral  
CRM 10.177

HLR # José, 18a

14/03/19 TC de maxila com fratura maxilar

CCO alta da VCR

Acamp GME

Dr. Yrrolando de Sousa  
Médico Assistente  
Clínico Geral  
CRM 10.177

#CTDME #

14/03/2019

PACIENTE vítima de acidente automobilístico

08/10

VÍTIMA COLISÃO, ORIENTADA QUINCE ANOS

CARRO C/O BREVIA AO DEPART. GME, APRESENTA

EDEN C LACERDA DO LIGIO LACERDA

AVULSÃO DO DENTE 21 E FRATURA DO DENTE

11 E 22 LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL

TC DE FACE MÚLTIPLO FRATURA DE CONDIL D

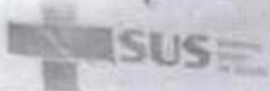
CONDIL D) FRATURA BARRA DE TACH, COM BARRA

3) Alta GME

Dr. Yrrolando de Sousa  
Médico Assistente  
Clínico Geral  
CRM 10.177

CDR 177





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

João Francisco de Sousa Saena

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1693123

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

TC de exame

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC 30u 30

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

TOMOGRAFIA HP  
Cala: 14.09.19  
Médico: [assinatura]  
Técnico: [assinatura]

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/05/19

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

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Visto, Assinatura e Carimbo)

BRUNO R. S. RIBEIRO  
Médico, Especialista em  
Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Visto, Assinatura e Carimbo)

Cod. 0421





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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE 13/09/19	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO 13/09/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Yves Danilo de Barros Soares	
LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE Grave + Fratura de maxilar	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento Neurológico + Tratamento Cirúrgico da Maxilar	
ALTA MÉDICA: SIM / NÃO	Alta Médica - 20/09/19
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Lesão Cognitiva e Neuromusculares
2ª Diminuição do olfato e da paladar
3ª Impossibilidade de purgar a Tórax
4ª Perda de peso e desidratação
5ª

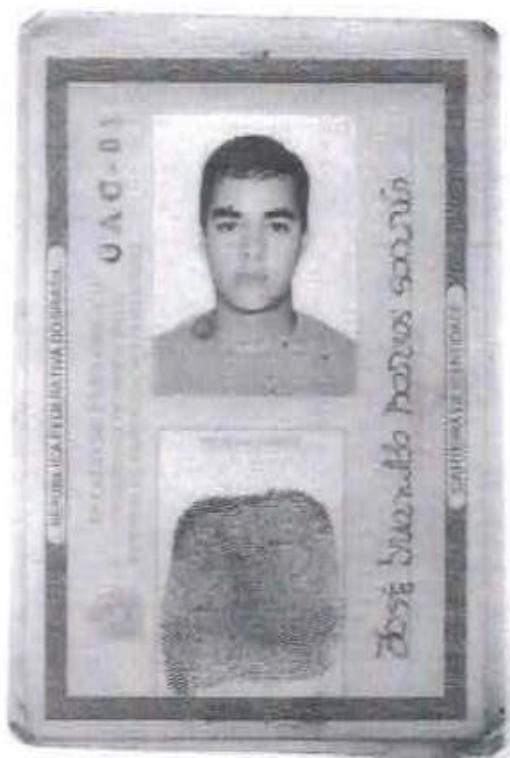
AFFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 DIAS ANTES DA AVALIAÇÃO E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Carimbo 10/10/19

Dr. Rosângela C. Sobral  
Médica  
CREMEPE 20542

ASSINATURA E CARIMBO





Scanned by CamScanner



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo craniano com otorragia à direita e rinorragia. Fratura do côndilo mandibular direito. Lesão em lábios.

**Descrição do exame físico:** Vítima queixa-se de cefaleia e anosmia. Ao exame, apresentando redução da abertura da boca com déficit mastigatório.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo craniano com otorragia à direita e rinorragia. Fratura do côndilo mandibular direito. Lesão em lábios.

**Descrição do exame físico:** Vítima queixa-se de cefaleia e anosmia. Ao exame, apresentando redução da abertura da boca com déficit mastigatório.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### 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
Total			10 %	R\$ 1.350,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ( PAG.01.05.12)  
FRATURA DE MAXILAR ( PAG.15)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ( PAG.01.05.12)  
FRATURA DE MAXILAR ( PAG.15)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452888/19

**Vítima:** JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

**CPF:** 101.004.884-80

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/09/2019

**Titular do CPF:** JOSE IVANILDO DE  
BARROS SOARES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES : 101.004.884-80**

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](http://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: 16/12/2019  
Nome: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES  
CPF: 101.004.884-80

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Steffany Carolyn Lins Veloso



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190701428**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA BARBOSA LIMA, 83 - Bom Conselho - PE - CEP 55330-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **8834503**

Data e local do acidente: [ **13/09/2019** ] **Bom Conselho**

Data e local do exame: [ **27/12/2019** ] **Caruaru** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Traumatismo craniano com otorragia à direita e rinorragia. Fratura do côndilo mandibular direito. Lesão em lábios.*

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

*Vítima queixa-se de cefaleia e anosmia. Ao exame, apresentando redução da abertura da boca com déficit mastigatório.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Dano cranio facial*

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

**VII.** Segundo 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 (\*).

( ) "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 (Sequela):

Estruturas cranio faciais

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701428

Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

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,

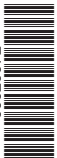
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15250576

Pag. 00143/00144 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020072





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701428

Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00243/00244 - carta\_02 - INVALIDEZ

00020122



Carta nº 15283650







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190701428**

**Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**

**Data do Acidente: 13/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**

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\$ 1.350,00

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

Recebedor: **JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000003547**

Conta: **0000014683-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

