



27/03/2020

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
59919 644	27/03/2020 15:50	2707531_CONTESTACAO_01	Parecer



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a 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 Piraja, 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.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032715502320900000058910280>
Número do documento: 20032715502320900000058910280

Num. 59919644 - Pág. 1

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

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 pare 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 for 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

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;



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.

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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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)



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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 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 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;

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%.

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

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



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 citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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.



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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- 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 expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELA 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**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032715502320900000058910280>
Número do documento: 20032715502320900000058910280

Num. 59919644 - Pág. 6

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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (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					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032715502320900000058910280>
 Número do documento: 20032715502320900000058910280

Num. 59919644 - Pág. 8

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; **JOSELAINA 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

JOSELAINA 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032715502320900000058910280>
Número do documento: 20032715502320900000058910280

Num. 59919644 - Pág. 9



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
59919 645	27/03/2020 15:50	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **3-CPF da vítima:** **301.004-884-80** **4 - Nome completo da vítima:** **JOSÉ IVANILDO DE BENTOS 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: JOSÉ IVANILDO DE BENTOS SOARES	6 - CPF: 301.004.884-80		
7 - Profissão: Motorista	8 - Endereço: Avenida Gangorra Lima	9 - Número: 83	10 - Complemento: A
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Bonito	13 - Estado: PG	14 - CEP: 55330-000
15 - E-mail: Nenhum		16 - Tel (DDI): (65) 94324-6399	

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 (semente parte da balança abaixo. Anoteira uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: **3547** CONTA: **14683** **(Informar o dígito se maior)** **(Informar o dígito se menor)**

CONTA CORRENTE (todas as bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ **(Informar o dígito se maior)** **(Informar o dígito se menor)**

Autorizo a Seguradora Lider 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 amente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras 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 Lider para verificação da existência e quantificação dos 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.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 teve filhos? Sim Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou netos/nietos? Sim Não | 31 - Vítima teve netos? Sim Não | 32 - Se tinha netos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários que se apresentarem e produzirem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer oculto ou declarado não verdadeiro 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 na identificação: **35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):**

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

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

40 - Local e Data: **Bonito (MS), 36/8/19.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **JOSÉ IVANILDO DE BENTOS SOARES**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: _____
Assinatura da testemunha:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **JOSÉ IVANILDO DE BENTOS SOARES**

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

44 - Assinatura do Advogado (se houver):

45 - Assinatura do Juiz (se houver):

46 - Assinatura do Ministério PÚBLICO (se houver):

47 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

48 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

49 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

50 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

51 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

52 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

53 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

54 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

55 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

56 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

57 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

58 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

59 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

60 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

61 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

62 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

63 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

64 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

65 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

66 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

67 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

68 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

69 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

70 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

71 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

72 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

73 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

74 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

75 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

76 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

77 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

78 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

79 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

80 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

81 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

82 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

83 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

84 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

85 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

86 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

87 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

88 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

89 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

90 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

91 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

92 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

93 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

94 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

95 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

96 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

97 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

98 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

99 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

100 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

101 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

102 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

103 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

104 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

105 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

106 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

107 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

108 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

109 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

110 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

111 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

112 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

113 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

114 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

115 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

116 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

117 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

118 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

119 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

120 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

121 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

122 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

123 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

124 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

125 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

126 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

127 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

128 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

129 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

130 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

131 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

132 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

133 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

134 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

135 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

136 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

137 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

138 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

139 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

140 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

141 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

142 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

143 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

144 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

145 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

146 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

147 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

148 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

149 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

150 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

151 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

152 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

153 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

154 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

155 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

156 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

157 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

158 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

159 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

160 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

161 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

162 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

163 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

164 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

165 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

166 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

167 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

168 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

169 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

170 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

171 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

172 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

173 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

174 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

175 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

176 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

177 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

178 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

179 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

180 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):

181 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

182 - Assinatura do Conselho de Defesa Social (se houver):



Bom Conselho
A MELHOR CIDADE PARA SEU 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 à 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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032715502333100000058910281>
Número do documento: 20032715502333100000058910281

Num. 59919645 - Pág. 3

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ 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 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 Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE CICERO PADILHA SOARES CPF: 843.386.434-91	DATA DE VENCIMENTO 17/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/09/2019	CONTA CONTRATO 007024003153
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA BARBOSA LIMA 83 -A	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 10/09/2019	Nº DO CLIENTE 2000048954
CENTRO/BOM CONSELHO 55330-000 BOM CONSELHO PE	CLASSE DA UNIDADE CONSUMIDORA B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 076742324	Nº DA INSTALAÇÃO 0006347049

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	64,00	0,77952320	49,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,62
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,20
ICMS Subvenção-CDE-NF 089064970-10/07/19			0,54
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

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54823006		kWh
SET	19		64
AGO	19		81
JUL	19		91
JUN	19		92
MAI	19		91
ABR	19		82
MAR	19		84
FEV	19		87
JAN	19		86
DEZ	18		84
NOV	18		82
OCT	18		75
SET	18		76
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$ %		
Geração de Energia	18,48 34,93		
Transmissão	1,85 3,48		
Distribuição (Eletrobrás)	11,23 20,99		
Encargos Sistêmicos	2,64 4,93		
Tributos	15,78 29,31		
Perda de Energia	3,54 6,52		
TOTAL	52,51 100		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MESES	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NP DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO MMB
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003160485131	CAT	09/08/2019	3.750,00	10/08/2019	3.814,00	32	1,00000	0,00	64,00

[Data prevista para a próxima leitura: 11/10/2019]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
SESSÃO/CÂM	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Ju/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
DMRC-Duração máxima de Interrupções contínuas		0,00	3,46	0,00	0,00
DICRI-Duração da Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor de Encargo de Use - R\$ 19,09					
<small>Todos os consumidores podem solicitar a aprovação das indicações DIC, FIC, DMRC e DICRI a qualquer momento.</small>					



Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MONSENHOR ALFREDO DÁMASO

HR

Assinatura
Médico responsável
Carimbo

13/09/16 Hora de reserva:

LAUJO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

Dados do paciente:

José Vitor da Silva Souza, 20 anos
CPF

Identidade	Data de nascimento	Sexo
		Fam. () Masc. ()

Histórico clínico:

Paciente Wm - de acidente de moto
com TCE e contusão. Radiografia apresenta
deslocamento na face em ósos
superiores. Atordoado. Muita dor. Considera-
do óbito no dia desse mesmo dia
em virtude. Idade 15.

Solicito avaliação de NCR e BMF

SENHA: 5770737

Dados recepcionais:

Sintomas principais:

Sintomas gênicos:

Localização:

Transferência:

Médico responsável
Carimbo

Código Digital: 59919645





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

Nome:	João Batista da Silva	Hora:	23:15				
Idade:	24 Anos	Peso:	70 kg	Temperatura:	36,5°C	PA:	130/80 mmHg
Endereço:	Av. Presidente Getúlio Vargas, 200						
Filiação:	Filho de José da Silva e Maria da Conceição						
Acid. Trans:	<input checked="" type="checkbox"/>	Acid. Trab:	()	Agressão:	()	Outros:	()
HDA:	Paciente é diabetico de grande Qd misto.						
Ex. Clín:	Casaco com gola alta, marron, tamanho médio, Edadade 15. Também com uma Boca velha, amarela.						
Diagnóstico:	AC NAMO.						
Conduta:	57 90739 HR.						
Cons. Simples	(<input type="checkbox"/>)	Cons. Terapêutica	(<input type="checkbox"/>)	Cons. Observação	(<input type="checkbox"/>)	Procedimento	(<input type="checkbox"/>)
Data	13/03/2020						
Médico							



SENHA DA REGULAÇÃO

HR

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital de Restauración

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: 1693293	Data e Hora de Atendimento 14/09/2019 03:52	Local de Entrada EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
Nº. ATEND.: 1482106 Data de nascimento: 21/07/1991	Paciente: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES Idade: 28a 1m 25d	Nrn. Social Sexo: MASCULINO
Estado Civil: CASADO	Profissão	Acompanhante: TAMIRES FEITOSA DA SILVA
DOC ID / Data expedição 8834503 / 09-Set-09	Mãe: SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES Pai: CICERO PADILHA SOARES	Cartão SUS: 705001620549056
Endereço: RUA BARBOSA LIMA Bairro: CENTRO Cidade: BOM CONSELHO	Numero: 83 Complemento	UF: PE Telefone: 981209982
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / CEFALEIA		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
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. Pùblico <input type="checkbox"/>		
Outros: <input type="checkbox"/>		
Observação:	Assistente Social	
História Clínica:		
<p># Relato de colisão moto - cavalo, com perda da consciência. Encontrava-se desacordado e com uso ininterrupto de copas. Fungos 13 PEFA mor. 6 membros.</p> <p>ACIDENTE de trânsito +/ou IO L. avul. BAF Bruno R.S. Rosado Rua: Nogueira Cidade: JF/PE</p>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Erótico: 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"/> Altura		
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		
Exame Físico:		
A. Geral: Via aérea está pérvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
T C Biorritmo		
B. Respiratório: Dorsívolo:		
C. Circulatório: PA: X mm P脉: bpm		
Inhalando oxigênio 10 litros/minuto		



SENHA DA REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

O Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIO <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas	Isoconícas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Escore Abertura Ocular	Diagnóstico Resposta Vocal		Ganglio	Resposta Motora
Score	Escala	100%	Facil	Força
Hora				Hora
E.C.L. 1.5				

E. Exposição/Abdômen:

SEM VENAS

Diagnóstico Inicial:	Plano de Câncer Mammário	Cod. Procedimento
----------------------	--------------------------	-------------------

Conduta:	(1) TACTICAMENTE DE BANCA DE SAÚDE E BANHO; (2) BANHO DIA-F.	Ass. Médico
----------	---	-------------

Allan Martins
 Cirurgião e Traumatologista
 Presidente H.R.
 CRM: 10000

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: 10000 Data: 14/07/19 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, clínico 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 nosocomio, 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

Número 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) - CLASSIFICAÇÃOPrioridade: **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 Manoel Barros Soares

Foi atendido às 10:30 no dia 21/07/2019

Diagnóstico Próvel:

PACIENTE VITIMADO ACIDENTE MUNICIPAL, CHAVADA PARA ATRASO DO BRATE 21, MARCA DO BRATE 41 E 22 E FEATURA DE CAVO MANIBULAR (D)

Tratamento Realizado: BANHO DE FACH + BANHO COM ELÁSTICO

PERMANECE DE ADESLAMENTO DE SEUS ATIVIDADES LÍGICAS PELA UNI PERÍODO DE 15 (quinze) DIAS.

Observação: RETORNO AO AMBULATÓRIO GERAL DO HOSPITAL SAO JOAO DIA 10/08, NO DIA 20/07/2019, AS 16:30

Cópia de:

Lilian Marlene

Assistente Social

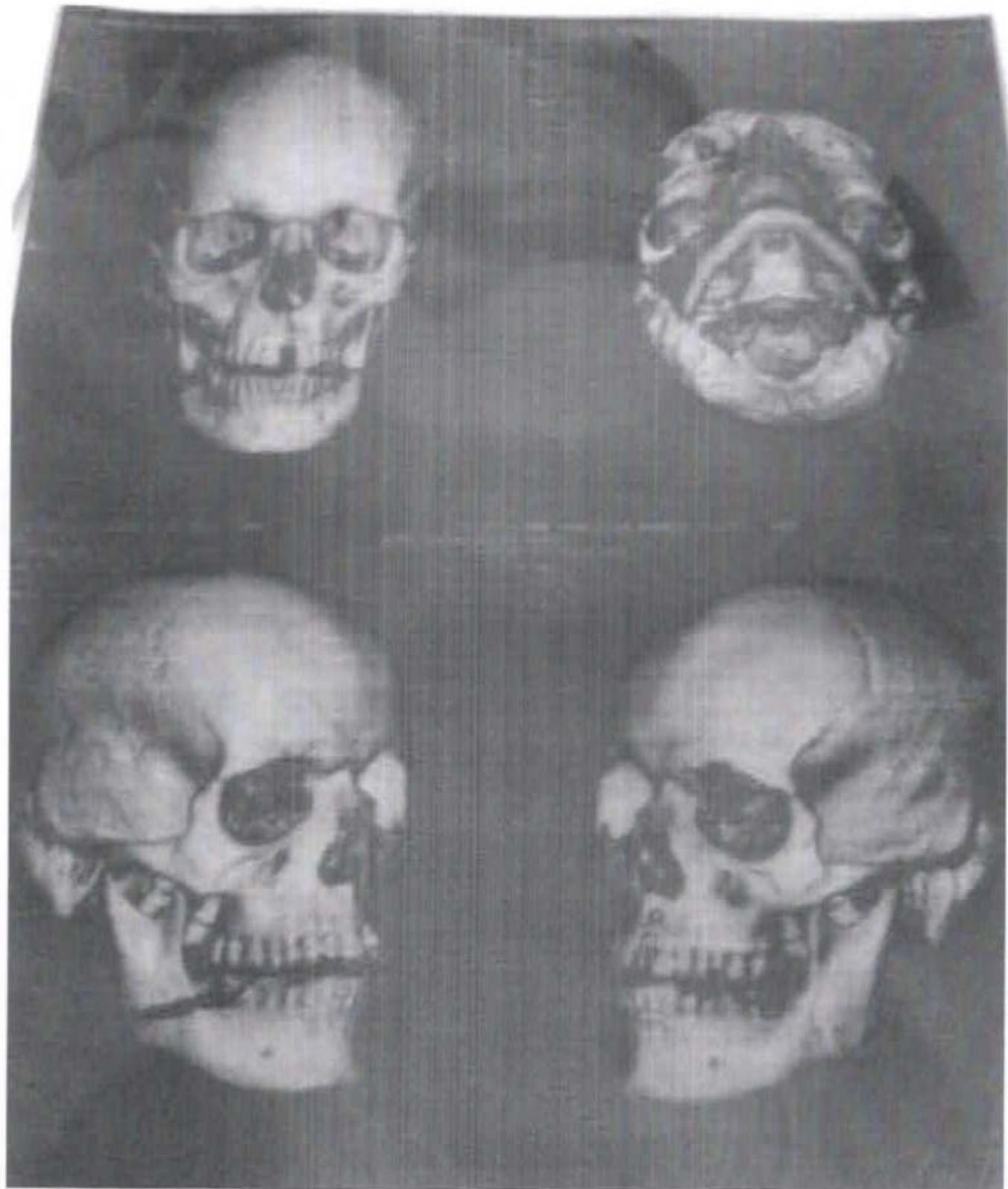
Aluísio Melo

Médico - CRM N°

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032715502333100000058910281>
Número do documento: 20032715502333100000058910281

Num. 59919645 - Pág. 11

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo:		
CRM:	UF:	Nº:
Endereço:		
Cidade:	UF:	
Telefone: ()		

1º VIA FARMÁCIA

2º VIA PACIENTE

Paciente:

Joni Inowilda Bonos.

Endereço:

Prescrição:

Bordend (100mg) - 1Cx
3 cplto 1st/10/2024

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:		
Ident.:	Órg. Emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	
Telefone: ()		

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ausmatura do Farmacêutico	Data
---------------------------	------



SENHA DA REGULAGAO:
APNO/PIAGAO

Nº 8266029

TOMOGRAFIA HR

Pulso 04/09/2019 Data: 14/09/19
070107032 Médico:
041301032 Técnico: JAMIRAS



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

TELEFONE 036010144
1036010144

Ficha de Atendimento

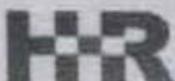
Nº PRONTUÁRIO: 1693293	Data e Hora de Aterrisimo: 14/09/2019 03:52	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Nº ATEND.: 1482106	Paciente: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES Data de nascimento: 21/07/1991 Idade: 28a 1m 25d	Nm. Social: MASCULINO
Estado Civil: CASADO	Profissão: SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES	Acompanhante: TAMIRES FEITOSA DA SILVA
DOC ID / Data expedição 8834503 / 09-set-09	Mae: CICERO PADILHA SOARES	Cartão SUS: 705001620549056
Endereço: RUA BARBOSA LIMA Barro: CENTRO	Numero: 83 Complemento:	UF: PE Telefone: 981209982
Obs:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / CEFALEIA		
Procedencia: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social:
Confirmação de endereço:		
Providências: <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: <input type="checkbox"/> Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Ministr. Pùblico <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>		
Observação:	Assistente Social	
História Clínica:		
<p>sequele de colisão moto - envolve, com perda de consciência. Encontra-se desobligado e com uso recente de espirulina. Fumador B DCEP mês 4 mentiras exaure de fumo - jau 30 L. mal. 5MAF <i>Brasília R. S. Rosado</i> <i>Estado: Maranhão</i> <i>CREMEPI 37072</i></p>		

Atendimento Médico							
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>					
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:					
Amobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Altura:					
Comlicações de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por Que?						

Exame Físico:			
A. Geral	Via aérea estável: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		
O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Temp.			
C. Respiratório			
D. Circulatório			
P.A.	X mm	P脉.	bpm
Indicar pressão arterial: mmHg			



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

O: Exame Neurológico	Dificuldade motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIS <input type="checkbox"/> Pupila: <input type="checkbox"/> Iopáticas <input type="checkbox"/> Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular Escala: 10	Glasgow: Resposta Verbal Escala: 10

Glasgow: 10



E: Exposição/Abdômen:

SEM LESÕES

Diagnóstico Inicial:

Fratura do crânio - Hemorragia

Cod. Procedimento

Conduta:

- (1) Internamento - Devido ao risco de óbito e hemorragia.
 (2) Fazendo exames

Ass. Médico

Atlan Martins
CRM 10000
Assinatura

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

- Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadu-se Nta
Internado na Clínica
Transferido para

Condição de Alta:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Piorado |
| <input type="checkbox"/> Óbito | |

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Medico Atlan Martins CRM 10000 Data 14/03/20 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 nosocomio, 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-Mar-19



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

MANCHESTER_V2

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

Periodo: 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 ALCOÓLICA

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 Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjej.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003271550233100000058910281>
Número do documento: 2003271550233100000058910281

Num. 59919645 - Pág. 15

Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MONSENHOR ALFREUO DÁMASO

12/09/18 Hora da reserva:

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

Nome do paciente		Data de nascimento	
José CPF	T. Vane Identidade	Ida de Beno Siqueira 20 anos.	Data de nascimento
			Sexo
			Fam. () Masc. ()

Paciente 24 h - de acidente de moto
Tf e atropelado. Paronoxia, com tra-
lhes lacrimejando face. Pneumonia
superior. Aconselha. Consta-
tou Td de 38,9º c desvio em
tempo. Glucopat 15.

Solicito alta-~~g~~ de NCR e PMF

SENHA: 5770-737

Principais:	Diagnósticos:	Indicados:
Vitamina C:		
Transferência:		
Transferência:		
Assinatura		
Correto		



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

Joe Tito Melo de Bonfim

Enfermaria/Leito

PERNAMBUCO

Registro

1482106

EVOLUÇÃO CLÍNICA

HISTÓRICO - 14/09/19 5h

Paciente com história de coluna instável com concomitante, contínua, dysuria, cianose, respiratória, BCG. No exame BNF apresenta edema, lesões em letáxio inferior, lesões em dentes 11 e molares 21, clínica em região palmo-mamífera D. TC de férias segue rotina de conduto D.

CD ① Radios satisfeitos

② Acumul BNF / neck

*LEONARDO
DENTISTA
CLINICO
TURBO DENT*

HISTÓRICO - #joe, 18a

HISTÓRICO - TC de férias com lesão radiomamífera

#CD alic da HSC

acumul BNF

*BRAZILIAN DENTAL
REHABILITATION &
CHIRURGICAL CENTER*

N. CRONO A

14/09/2019 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MARCANDO 100%

ORIGEM VITIMO CONSCIENTE ORIENTADO CLÍNICAMENTE

COMPLAIS CD: DYSURIA NO INÍCIO BNF, APERTURA

COMPLAIS C: LESÃO NO LIG. LIG. DE FRANCA

AVULSAO DO DENTE 21 E 22, DENTES 11, 12, 13

11 E 12 LIMPIDOS OS PROXIMOS DENTES

TC DO BNF NUNCA FIZIDA DE ENQUANTO

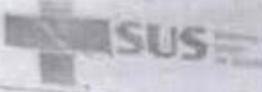
EXAMES: ① EXAMES BÁSICOS DE SANGUE, COAGULACAO,

② BNF

*Z. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
DENTISTA
CLINICO
TURBO DENT*

GDM 17/09





**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

José Ivanildo da Silveira Soárez

6 - N° DO PRONTUÁRIO

169 3195

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDERECO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TCDL exame

14 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TE

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DIA DA SOLICITAÇÃO

16 / 05 / 19

25 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CRM/CPA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CRÉDITO DA CLÍNICA (CRM/CPA)

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DIA DA AUTORIZAÇÃO

29 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CRM/CPA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA EXARADO - VDS REGISTRO ECONÔMICO

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 INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO 13/09/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João Henrique de Souza Soares	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE grave + fratura do maxilar	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento Neurocirúrgico Tratamento cirúrgico da maxilar	
ALTA MÉDICA:	DATA: 20/09/19
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Caso positivo descrever:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODERSE CONCLUIR QUE: <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL 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 ORGÃO AFETADO
1º Perte temporária e permanente
2º Diminuição do olfacto e do paladar
3º Em vez de mordedura na função da traqueia
4º Tendo o uso da língua limitado
5º

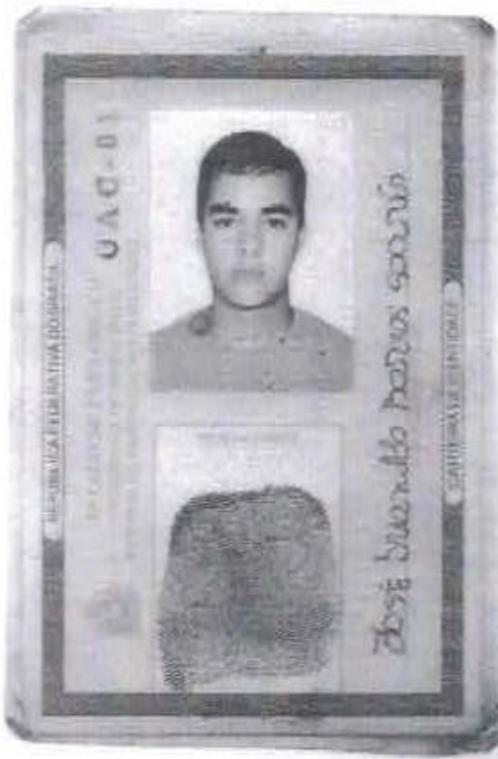
AFFIRMO QUE ASSISTEI OU AVALEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE
13/09/19, E QUE AS RESSPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Carmo 10/10/19
DATA

S. Tomé
Dr. Rosângelo Sobral
CRM/PE 4342
CREMEPE 4342

ASSINATURA E CREDENCIAMENTO





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032715502333100000058910281>
Número do documento: 20032715502333100000058910281

Num. 59919645 - Pág. 20

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

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

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452888/19

Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

CPF: 101.004.884-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

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

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 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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003271550233100000058910281>
Número do documento: 2003271550233100000058910281

Num. 59919645 - Pág. 25

**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 rinorrágia. 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?

[**X**] 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)?

[**X**] Sim [] Não

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

Dano crânio 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 crânio 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. 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, contados 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 n° 15250576



Pag 00143/00144 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032715502333100000058910281>
Número do documento: 20032715502333100000058910281

Núm. 59919645 - Pág. 28



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, 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



Carta nº 15283650



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032715502333100000058910281>
Número do documento: 20032715502333100000058910281

Num. 59919645 - Pág. 29



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, 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 POUPANCA**

NOTA: O percentual final indicado equivale a 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:50:23
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032715502333100000058910281>
Número do documento: 20032715502333100000058910281

Num. 59910645 Pág. 30