



Número: **0010559-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RICARDO DA SILVA ALVES (AUTOR)		DRIENNY SANTOS DE ANDRADE (ADVOGADO) ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60324 227	06/04/2020 13:52	2709967_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00105598120208172001

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RICARDO DA SILVA ALVES**, 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 **14/10/2019**, restando permanentemente inválida.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/10/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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

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

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

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 ação⁸.

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.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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, 25 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

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

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RICARDO DA SILVA ALVES**, em curso perante a **10ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00105598120208172001.

Rio de Janeiro, 25 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0010559-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RICARDO DA SILVA ALVES (AUTOR)		DRIENNY SANTOS DE ANDRADE (ADVOGADO) ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60324 228	06/04/2020 13:52	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
AUTORIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ASTOR VALENTINO DA COSTA NETO

DOC. IDENTIDADE / CPF. EMISSOR: UF
4424464-007 PE

CPF: 817.698.884-71 DATA NASCIMENTO: 02/05/1973

PLACADO
STILBERTO VALENTINO DA COSTA
WELISSA MARIA DA SILVA
COSTA

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☐ COMERCiante ☐ D

04324080908 30/09/2022 28/03/2098

OBSERVAÇÕES
NAR

Ass. V. Costa Neto

LOCAL: RECIFE, PE DATA EMISSÃO: 30/10/2020

Carlos Antônio Lopes Mendes
Diretor Presidente

30330611474
99461622599

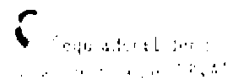
PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1487430708

PECADO PLASTIFICAR
1487430708



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007026/20
Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES
CPF: 089,038,464-94
CPF de: Próprio
Data do acidente: 14/10/2019
Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
Titular do CPF: RICARDO DA SILVA ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

RICARDO DA SILVA ALVES : 089,038,464-94

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: 07/01/2020
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007765

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

Data do acidente: 14/10/2019

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos
complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007765

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

Data do acidente: 14/10/2019

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos
complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 **OUTORGANTE** RICARDO DA SILVA ALVES

Portador (a) do documento de identidade n. 8292238, expedido por SAS, em
23 / 01 / 18 inscrito no CPF sob o n. 08903846434, residente na
RUA ALTO NOVA OLINDA n. 750
complemento CASA, Barrio ALTO NOVO cidade OLINDA, Estado PE

2 **OUTORGADO** ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em
10 / 05 / 2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na
RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA
cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem
confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS
CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de
encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ
PERMANENTE**, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 14 / 10 / 2019

RECIFE 26 de DEZEMBRO de 2019

OUTORGANTE Ricardo Alves 

CARTÓRIO DO REGISTRO CÍVEL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Av. Anita Garibaldi, 3489 - Ipotunga - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3453-2251

Reconheço por AUTENTICAÇÃO a firma indicada de

RICARDO DA SILVA ALVES

anexada em minha presença dou-lhe

Recife, 26 de dezembro de 2019, 10:27:38

Em testemunho Wlles Melo da Silva da verdade. E

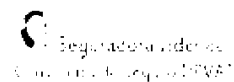
Wlles Melo da Silva (Escrivente Autorizado)

Selo: 0078240 T1Y1220*903 04897

Emai: 113.08 TSNR15 CRO PER111 2.24 FLN580 H 0 08 FERC H 0,40 BB H 0 20 TOTL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007026/20

Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

CPF: 089.038.464-94

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO DA SILVA ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

RICARDO DA SILVA ALVES : 089.038.464-94

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: 07/01/2020
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007765

Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO DA SILVA ALVES

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 15333448





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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007765

Vítima: RICARDO DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO DA SILVA ALVES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RICARDO DA SILVA ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000325-5

Conta: 00000138165-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:
08303846494

4 - Nome completo da vítima:

RICARDO DA SILVA ALVES

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

5 - Nome completo:

RICARDO DA SILVA ALVES

6 - CPF:

08303846494

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

R. ALTO NOVA OLINDA

9 - Número:

750 CASA

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AGUAS COMPRIDAS

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53180-50

15 - E-mail:

RICARDO@GMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

81 336488449

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0325

5

CONTA:

138165

2

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (a nascitor):

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

RECIFE, 26 de DEZEMBRO DE 2019

Ricardo Alves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



570921
0007026/20

PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO Nº 19056455BD1



Para maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por N. GUERRA, matrícula 1139580, Polícia Rodoviária Federal, em 18/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 18 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19056455BD1 e o número de controle b2974b928953b0c9f007c73f5888f8q.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19058455B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 14/10/2019 Hora: 20:40 Município: RECIFE/PE
BR: 101 KM: 67,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: N. GUERRA, 1133580

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Marginal
Tipo de pista: Dupla
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Não
Condição meteorológica: Chuva
Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Com Material Granulado, Molhada
Localidade urbanizada: Sim
Canteiro Central: Sim
Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Em Recife/PE, neste dia 14 de outubro de 2019, por volta das 20:25h, na BR 101 de sentido Recife-Paulista, na pista marginal da rodovia, constatamos através dos vestígios encontrados que o V1, Motocicleta, HONDA XRE300, de placa OYS-3979, transitava pela faixa da direita, quando passou por uma faixa de cerca de 15 metros, onde o pavimento não foi completamente aplicado em todas as suas camadas, deixando um vão baixo e com material granulado, o que fez com que V1 se desestabilizasse, tombasse e causasse a queda de seu ocupante. A principal causa para o acontecimento do acidente foi o defeito na via citado acima.



Documento assinado eletronicamente por N. GUERRA, matrícula 1133580, Policial Rodoviário Federal, em 18/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.630, de 4 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/inovap/autenticar>, informando o protocolo 19058455B01 e o número de controle 0287488298BDCDFCD67C73FE85680.

191



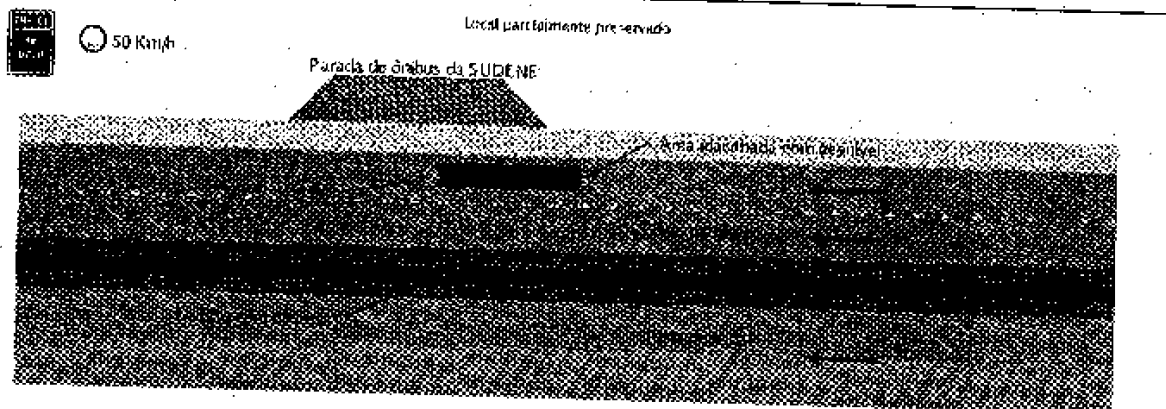


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19050455B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo do Evento	Veículos Envolvidos
1	Queda de ocupante de veículo	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Freamagem (m)	Deslizaagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	---------------	-----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - OYS3979 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: OYS3979 Marca/modelo: HONDA/XRE 300

Ano fabricação: 2014 Chassi: 9C2ND1110ER029305

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01016720995

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Prata



Documento assinado eletronicamente por N. GUERFA, matrícula 1133560, Polícia Rodoviária Federal, em 18/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 6.538, de 8 de outubro de 2016 e na alínea b da Lei nº IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobas/autenticar>, informando o protocolo 19050455B01 e o número de controle D297A83209BD00DF0D67C73F6595B0.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19058455B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 644/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/XRE 300

Nome do Agente: N. GUERRA

Placa: OYS3979

Matrícula do Agente: 1133580

Nº BOAT: 19058455B01

Data: 14/10/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tríciclos)			X	
Dano de Montagem: Pequena				X	

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por N. GUERRA, matrícula 1133580, Policial Rodoviária Federal, em 18/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.300-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2018 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/ndvbr/mutantes>, informando o protocolo 19058455B01 e o número de controle 0237A89298B00C0FCD87C73FE8869.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19056455B01

V1 - Proprietário

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

Email:

Endereço: OLINDA-PE

CPF/CNPJ: 089.038.464-94

Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - RICARDO DA SILVA ALVES

V1C - Informações

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

CPF: 089.038.464-94

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 13/03/1993

Sexo: Masculino

Usava capacete: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD

UF: PE

Observações CNH: 1115

Primeira habilitação: 13/03/2013

Vencimento da habilitação: 20/11/2022

Nº Registro: 05729342534

Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados de Contato

Endereço: RUA ALTO NOVA OLINDA, 0000000750, CASA, AGUAS COMPRIDAS, OLINDA-PE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por N. GUERRA, matrícula 1133680, Polícia Rodoviária Federal, em 13/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 6.639, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoaba/autenticar>, informando o protocolo 19056455B01 e o número de controle D297A692969D0CFC6AC79FEB953A.

191





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 ASI:

3 - CPF da vítima:
08303846494

4 - Nome completo da vítima:

RICARDO DA SILVA ALVES

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

5 - Nome completo:

RICARDO DA SILVA ALVES

6 - CPF:

08303846494

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

R. ALTO NOVA OLINDA

9 - Número:

750

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

AGUAS COMPRIDAS

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53180-50

15 - E-mail:

RICALVES@GMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

81 336488449

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0325

5

CONTA:

138165

2

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a nascitor)?

☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

RECIFE 26 de DEZEMBRO DE 2019

Ricardo Alves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	135.10.2019
DATA	06.11.2019

Atendendo ao requerimento do paciente **RICARDO DA SILVA ALVES**, portador do Documento de Identidade nº **8292238** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **089.038.464-94**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-694670**, que no dia 14 de outubro de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 20h50, na ROD BR-101, imediações entre a SUDENE e o Hospital das Clínicas, no bairro Cidade Universitária, Recife/PE e, sendo direcionado para a UPA Caxangá.
Recife, 06 de novembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Uorba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO DA SILVA ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00325-5

CONTA: 000000138165-2

Nr. da Autenticação 864178D57009544A



TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas Moraes 4270
FRENDA AFOGADO'S Imoelbergue Recife - PE
CNPJ: 02.421.421/0001-11 E.O: 005614-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 40,56

VENCIMENTO

15/10/2019

EMIÇÃO: 01/10/2019

POSTAGEM: 07/10/2019

FATURA: 3996716119

RICARDO DA SILVA ALVES
ALTO NOVA OLINDA, 750, CASA
AGUAS COMPRIDAS
53180-050 - OLINDA - PE

CLIENTE: 1.62278583

CPF/CNPJ: 08903846494

ACESSO: 81 99648-8449

DEBITO AUTOMÁTICO: 00000009115453709013

IMPORTANTE PARA RICARDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 25/AGO A 24/SET

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle B Plus

R\$ 40,56

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle B Plus: 81996488449 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	64,99
TIM Music	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jornais	-	-	1	-	-	Incluído
Desc Relac 37.59%TIM CONTROLE B	-	-	9/12	-	-	-16,01
Desc Relac 37.59%TIM Music	-	-	9/12	-	-	-3,72
Desc Relac 37.59%TIM Banca Jornais	-	-	9/12	-	-	-4,70
Total de Mensalidades						40,56

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPÓSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PONT.	R\$ 0,08	Informações Complementares	Plano(S) e Serviço(s) de Valor Adicionado (SVA)
ICMS	10%	R\$ 26,58	R\$ 2,66	PONT. 11	R\$ 5,08	Incluído(s): Portabilidade	
PIS/COFINS - Serviços Telecom	1,50%					Tranquilidade	R\$ 42,51
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	0,25%					SVA	R\$ 12,40
(Em conformidade com a Lei 12.546/2012)							
As contribuições do PIS (1,50%) e COFINS (0,25%) são de responsabilidade do fisco							
						Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -16,01
						Desconto(s) SVA	R\$ -8,40



FATURA EM DEBITO AUTOMÁTICO: BANCO DO BRASIL, na data do vencimento, este valor será debitado automaticamente da conta corrente na conta indicada. Caso não aceite o débito, utilize esta fatura para pagamento.

NOME DO CLIENTE
RICARDO DA SILVA ALVES

IDENTIFICAÇÃO DE DEBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009115453709013	OUT/2019	01/10/2019	15/10/2019	R\$ 40,56

VIA BANCO

84610000000-5 40560109011-2 00399671611-8 90115453709-5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





ATENDEMENTO: PRACA FARIAS REVIS, N.º 1011 - VARZEA RECIFE PE 50810-372
FONE: (51) 3211 011

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. Nº 18.1 001 0014398-2

RODRIGUE NAO INSISTO DA SILVA
R APIME VIEIRA, H. 00113 - VARZEA RECIFE PE 50810-372
INSCRIÇÃO: 340.410.440.0386.202 68LPO: 05 DEB. AUTOMATICO: 954871430

TIPO: 70747121
AT: 06/09/2019
09/10/2019
KLA

Ativa:
LIT. AUT. 038 CONSUMO 12
LIT. AUT. 038
LIT. AUT. 038

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT NS 7.914/91	ANALIS REALIZ	ATENDE A LEGIS
TURBIDEZ	148	148	148
COL APARLATE	148	148	148
TEOR RESÍDUO	148	148	148
COLIF. TOTAIS	148	148	148
TEOR RESÍDUO	148	148	148
MEDIA	17		

Qtd. de Amostras de Água para compesa: 148
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E TEOR
RESÍDUO SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COLIF. TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RENTAL DE 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,00 POR UNIDADE	10 M3	440,00
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,45 POR M3	2 M3	10,90
DOAÇÃO AO PRO-URBANCA 09/2019		1,00

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
	54,18	1,00	54,18
	54,18	2,00	10,84
			TOTAL A PAGAR: 55,18

VENCIMENTO: 28/12/2019
Nº DE PAGAMENTO: 1



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Artur Valeriano da Costa Neto inscrito (a) no CPF nº 817.008.064-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Picardo da Silva Alves inscrito
(a) no CPF sob o nº 089.038.464-94 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima
Picardo da Silva Alves inscrito (a) no CPF sob o nº 089.038.464-94 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

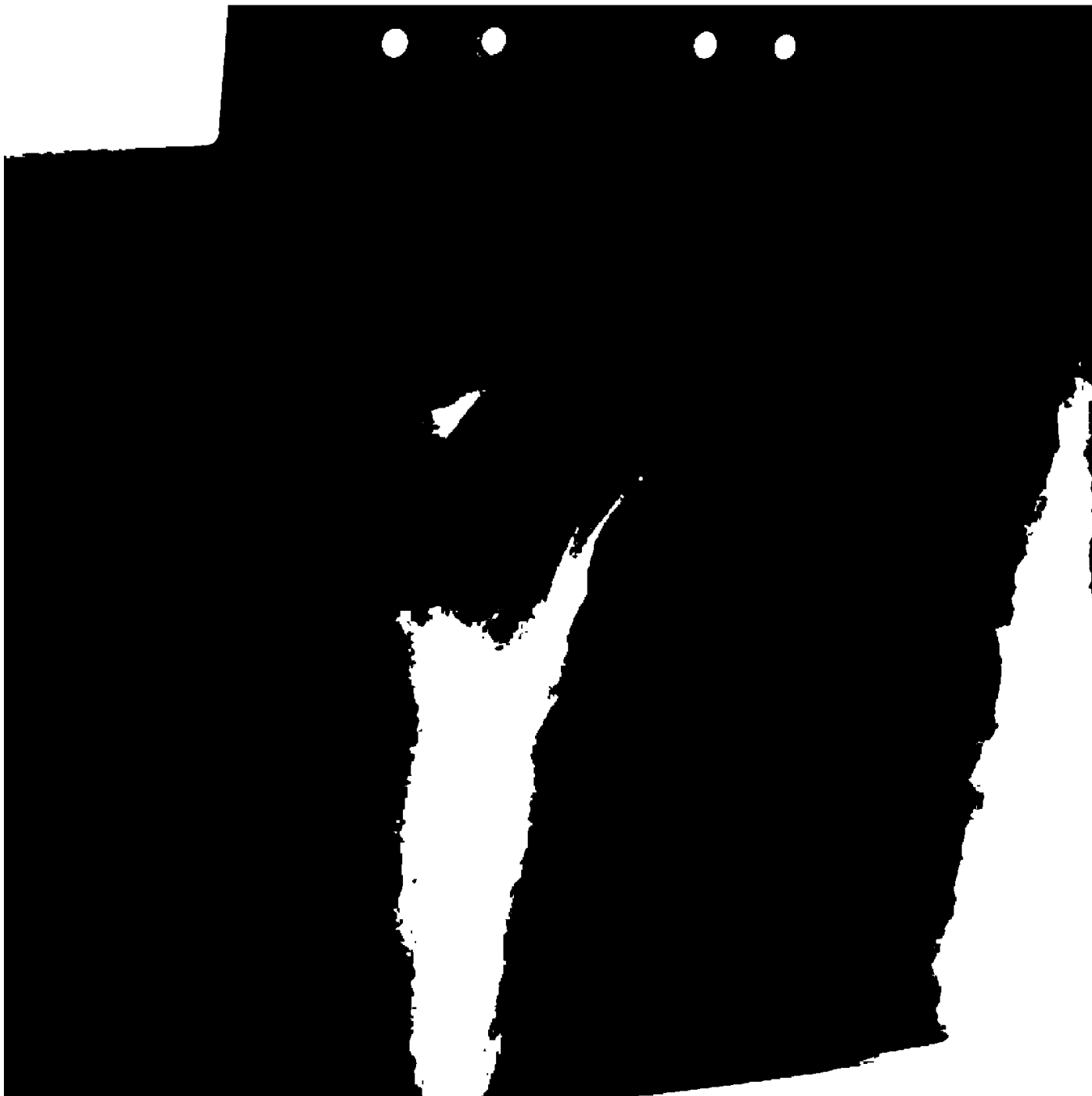
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Apuleu Vieira</u>	Número	<u>113</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Vargem</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		CEP	<u>50810-370</u>
				Telefone celular (DDD)	

Recife de dezembro de 2019
Local e Data

Artur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante





Scanned with CamScanner





Nome:
482404-RICARDO DA SILVA ALVES

Idade: Nascimento:
26a 7m 13/03/1993

Data do Atendimento: 14/10/2019

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-96488449

Prontuário: 00482404

Nº Atendimento: 01356875

Mãe:
MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

Endereço:
RUA ALTO NOVA OLINDA - 750 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53180050

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

DOR NO OMBRO DIREITO HÁ CERCA DE 1H APÓS TRAUMA DIRETO. SEM IRRADIAÇÃO.
NEGA TRAUMA EM OUTRAS REGIÕES DO CORPO.
TRAZIDO PELO SAMU APÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO.

EXAME FÍSICO:

- CONSCIENTE E ORIENTADO.
- AXIAL: SEM DOR À PALPAÇÃO DOS PROCESSOS ESPINHAIS VERTEBRAIS. FRANKEL E.
- OMBRO: EFUSÃO (+) NA REGIÃO SUPRACLAVICULAR DIREITA. EQUIMOSE (-) DOR NA ACROMIoclAVICULAR (+). DEFORMIDADE (+). LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA (-).
- DEMAIS SUPERFÍCIES OSSÍFAS E ARTICULAÇÕES SEM DOR À PALPAÇÃO OU A MOBILIZAÇÃO.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
S420

UPA24h
Dr. Aurivan B. de Melo
Coord. Médico
CRM: 11721

RUA BIBLIOTECA PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 976/633000609





Nome: DEZIDIO RICARDO DA SILVA ALVES
Idade: 26a An
Nascimento: 13/03/1993
Sexo: Masculino
Contatos: / 81 96488449
Mão: MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES
Endereço: RUA ALTO NOVA OLINDA - 750 - AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP: 53180050

Data do Atendimento: 14/10/2019
Prontuário: 00482494
Nº Atendimento: 01356875
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013

Conduta:

RX TÓRAX
EX MACIA
RX CLAVICULA DIR (ZARCA)

UPA24h
CAXANGÁ 24h
Coord. Médica
Dr. Auriavan B. de Melo

AURIVAN B DE MELO CRM. Nº 14013
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

FAT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Ricardo da Silva AlvesREGISTRO: 776566 DATA DE NASCIMENTO: 13/03/1993RG: 8.292.238 ORGÃO EMISSOR: SPS/PIENDEREÇO: Rua Alto novo Alenda n.º 750Aguas Compradas Cidade: AlendaNOME DA MÃE: Maria de Lourdes da Silva AlvesDATA ADMISSÃO: 18/10/2019 DATA ALTA: 22/10/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 21/10/2019 CID: S42.0DIAGNÓSTICO: Fratura da ClavículaDireita -- II -- IITRATAMENTO REALIZADO: Tratamento CirurgicoFratura de Clavícula Direita +Tratamento de Retração Muscular+ Neurectise + Osteotomia ClavículaMÉDICO: Oswaldo CoimbraCREMEPE: 16658JABOATÃO DOS GUARAPES, 12 DE Novembro DE 2019.

MÉDICO


Leopoldo Costa
CRM 15550



Secretaria Municipal de Saúde



Secretaria Municipal de Saúde

Nome: RIBEIRO RICARDO DA SILVA ALVES
Idade: 26a Anos Nascimento: 13/02/1993
Sexo: Masculino Contatos: 7 31-95 44 443
Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES
Endereço: RUA ALTO NOVA OLÍMPIA, 750 - AGUAS
LIMPÍDIAS - OLINDA/ PE - CEP:
55167-050

Via de Atendimento: 14/10/2019
Prontuário: 00492904
Nº Atendimento: 01356815
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AURIVAN B DE MELLO CRM Nº 14903

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEGUNDA FEIRA, 14 DE OUTUBRO DE 2019 TIPO: TRANSFERÊNCIA ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HUP

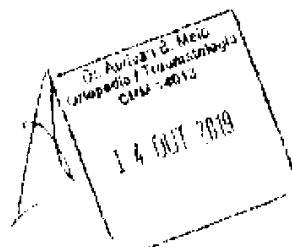
SENHA: 5793535

QP:

DOR NO OMBRO DIREITO NA CERCIA DE 10 AGUAS TRAMINA DIRETO, SEM FRACTURA, CAUSADA POR TRAUMA EM OUTRAS REGIÕES DO OMBRO.
CAUSADO PELO BAMBAPÓS ACIDENTE DE TRANSITO, em 14/10/19 21:59
AO EXAME:
- CONSISTENTE E ORIENTADO
- AXIAL SEM DOR A PALPAÇÃO DOS PROCESSOS ESPINHAIS VERTERAIS, FRANKEL E
- OMBRO EFUSÃO (+) NA REGIÃO SUPERIOR ACIONAR DIREITA, EQUIMOSE (-), DOR NA ACHOMOCULAVICULAR (+) DEFORMIDADE
- LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA (+)
- DEMAIS SUPERFÍCIES OSSÉAS E ARTICULAÇÕES SEM DOR A PALPAÇÃO OU A MOBILIZAÇÃO.

EVOLUÇÃO:

NO OMBRO (AP VERDADEIRO/AXIAL/VE, FAL/P, ESCAPULA)TÓRAX: FRATURA DO 1º MÊDIO DA CLAVÍCULA

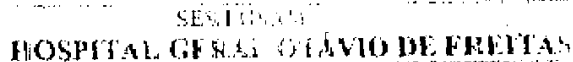


MÉDICO: AURIVAN B. DE MELLO CRM Nº 14903

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO DESEDA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP: 50980-580 / FONE: 51 3184-1066 / CIBIO: 9767631000691





Nº REGISTRO: 201780

[illegible]

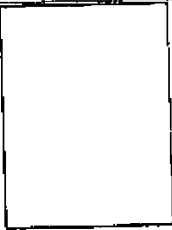
0113-1167



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-10-14 21:30:05

	Nome Paciente:	RICARDO DA SILVA ALVES
	Cód. Paciente:	482404
	Data de Nascimento:	13/03/1993
	Sexo:	Masculino
	Idade:	26
	Senha:	OR0067
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1356875 

SAME:

Período: 2019-10-14 21:30:05 - 2019-10-14 21:40:07

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO SAMU RECIFE BASICA 10 COM MACA E PRANCHA N. QTC- 694670
RELATO DE DOR MODERADA+ EDEMA EM OMBRO DIRFITO. APOS QUEDA DA PROPIA
ALTURA

Observação:

HAS-
DM-
ALERGIA-

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- CAPNOGRAFIA: 98.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM
- GLICOSE: 102.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG

Acolhido(a) por: ANA KEILA SANTANA FERNANDES - COREN: 367307 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 2019-11-06 11:52:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Nome:
482404-RICARDO DA SILVA ALVES

Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-96488449

Mãe:
MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

Idade: Nascimento:
26a 7m 13/03/1993

Endereço:
RUA ALTO NOVA OLINDA, 750 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53180050

Data do Atendimento: 14/10/2019

Prontuário: 00482404

Nº Atendimento: 01356875

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013

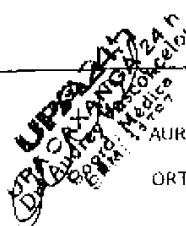
EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX OMBRO (AP VERDADEIRO/AXILAR VÊLPEAU/P. ESCAPULA) TÓRAX: FRATURA DO 1/3 MÉDIO DA CLAVÍCULA.

HD: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
S420

CD: AINE + TIPOIA + ORIENTAÇÕES + INTERNAMENTO.



AURIVAN B DE MELO CRM: Nº 14013
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



HISTÓRIA CLÍNICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: *ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR*

Data de nascimento: *10/04/1970*

Sexo: *M*

Endereço: *Av. ...*

Cidade: *...*

Estado: *...*

Profissão: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Nome do paciente: *...*

Nome do médico: *...*

Nome do hospital: *...*

Nome do consultório: *...*

Notificado pelo hospital
19/04/2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 13:52:02

De: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 13:52:02





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
RICARDO DA SILVA ALVES

Sexo:
MASCULINO

Idade:

26 Anos / 7 Meses / 2 Dias

Endereço:

RUA ALTO NOVA OLINDA, 719/750 - 1 - IMBROZ: AGUAS COMPRIDAS - CIDADE:
OLINDA - PE

Idade:
26 Anos / 7 Meses / 2 Dias

Contatos:
81. 96704052 | Celular 81.

Nasc:
13/07/1993

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atendimento: 15/10/2019 - 21:53

Prontuário: 1007783

Nº de Atendimento: 3350553

Serviço: CIRURGIA

Enfermagem/Leito:

Médico:

THIAGO DE ALMEIDA LIMA L. SILVA

Admissão

Queixa Principal

DOR EM OMBRO DIREITO HÁ 1 DIA

História Clínica

QUEIXA DE MOTO FIXA - COM CONVULSÃO SOBRE O OMBRO, REFERE DOR EM REGIÃO DE CLAVÍCULA DIREITA.

Exame Físico

EDEMA E ERIQUELE EM REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, COM IMBILIDADE DE EXPOSIÇÃO OSSA
NEUROVASCULAR PRESERVADO

Observações

RX EVIDENCIANDO FRATURA DE TERÇO MÍDIO DE CLAVÍCULA DIREITA

Conduta

INTERNAÇÃO

DR. FREDERICO SOARES - CRM: 89.269/4

Data/Hora: 06/10/2019 - 06:00

REVISADO

21/10/19
Eduardo

21/10/19
Eduardo



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: RICARDO DA SILVA ALVES

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORIA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JARATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO

CID-10: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

DATA DE INTERNAMENTO: 18/10/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 21/10/2019

DATA DE ALTA: 22/10/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 04/11/2019

HORÁRIO: 09:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JARATÃO DOS GUARARAPES, 22 DE OUTUBRO DE 2019

Dr. Elder de Vasconcelos Carvalho
Ortopedia
CRM/RJ 22023

MÉDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

Prontuário: 776566

Identificador: 149036

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Idade: 26 Anos, 7 Meses e 8 Dias

Diagnóstico Pré-Operatório: 5420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Plano Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEUROLISE (040302007-7) + OSTEOTOMIA CLAVÍCULA (040801011-8) + TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA CLAVÍCULA DIREITA (040801015-0) + TRATAMENTO RETRAÇÃO MUSCULAR (040806067-0)

Data: 21/10/2019

Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

Co-cirurgião Cirurgião: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Co-cirurgião Cirurgião:

Instrumentação:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

Co-anestesia:

Anestesia: DIANA SOUZA CARUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA GERAL E ANTISEPSIA
POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA
DISSECCÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE
OSTEOTOMIA DE BORDOS DA FRATURA DA CLAVÍCULA PARA ALINHAMENTO E REDUÇÃO
NEUROLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO JOSE MACEDO JR.
Cirurgião Geral - CRM 16658
CRM 16658 - RJ
21/10/2019 18:52

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658



Usuário: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA
Data: 21/10/2019 16:57:15
Hora: 16:57

Sumário de Admissão e Alta

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

Frontalário: 776566

Assadimento: 240020

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 16 - LEITO 01

CID: S420

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FX DE CLAVICULA DIR

Procedimento Solicitado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

Tempo de permanência previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

1. Cirurgião: DEVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

2. 1. Assalto Cirúrgico: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

3. Assalto Cirúrgico:

3. Assalto Cirúrgico:

1. Dentais Assalto Cirúrgico:

2. Anestesiista: DIANA SOUZA CARUZO DOS ANJOS

3. Clínico:

3. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mecânica de Prótese
- ☐ Diário de UTI
- ☐ Diário de Acompanhamento
- ☐ Vacina Anti - Ru

- ☒ Uso de Prótese Órtese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S420 - FRATURA DA CLAVICULA

Diagnóstico Secundário:

Objetivo da Alta:

Data de Internação: 16/10/2019

Data da Alta: 22/10/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Av. General Manoel Ribero - nº120 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3432-9888 - www.frape.org

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Emp 16-7

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS		2- CAGE 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
5- NOME DO PACIENTE RICARDO DA SILVA ALVES		6- Nº DO PRONTUÁRIO 1097781	7- (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO 13/03/1993
9- SEXO MASCULINO	10- NOME DO PAI DO PACIENTE MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES	11- TELEFONE DE CONTATO 81. 96303052 Celular: 81		
12- NOME DO RESPONSÁVEL		13- TELEFONE DE CONTATO		
14- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA ALTO NOVA OLINDA, N.º 750 - 1 - BAIRRO: AGUAS COMPRIDAS - CIDADE: OLINDA - UF: PE				

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
QUEDA DE MOTO HA +- 30H COM QUEDA SOBRE O OMBRO. REFERE DOR EM REGIÃO DE CLAVICULA DIREITA.

16- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
DOR E EQUIMOSE EM REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, COM IMINÊNCIA DE EXPOSIÇÃO OSSEA
NEUROVASCULAR PRESERVADO

17- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX EVIDENCIANDO FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLÁVICULA DIREITA

18- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24- CID PRINCIPAL FRATURA DA CLAVICULA - S420	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
23- PROCEDIMENTO SOLICITADO 24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA	28- DATA DA SOLICITAÇÃO 16/10/2019
29- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) ARTUR FREIRE SOARES - CRM: Nº. 26910		
30- NÚMERO DO CEST 10143972430		
31- FREQUÊNCIA EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
32- ACIDENTE DE TRÂNSITO	33- CAPI DA SEGURADORA	34- Nº DO FILHETE
35- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	36- CAPI EMPRESA	37- Nº DO FILHETE
38- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39- CAPI EMPRESA	40- CNIE DA EMPRESA
41- VEHICULO COM A PREVIDÊNCIA	42- EMPREGADO	43- EMPREGADOR
44- AUTÔNOMO	45- DESEMPREGADO	46- APOSENTADO
47- NÃO SEGURO		

AUTORIZAÇÃO

48- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	50- DATA DA AUTORIZAÇÃO
51- NOME DO ORGÃO EMISOR		
52- NOME DO MÉDICO (RES/CES) PROPRIETÁRIO AUTORIZADOR		
53- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

Hospital Memorial de Jaboatão
Sempre 1633224

16-7



Convênio: SUS - INTERMUNIC

Responsável:

Nome: RICARDO DA SILVA ALVES

Sobrenome: 28 Anos, 7 Meses e 5 Dias

CPF: 06903846494

Conjuge:

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA ALVES

Endereço: RUA ALTO NOVA OLINDA, AGUAS COMPRIDAS, CEP: 53180050, Nº 750, OLINDA - PE

OBSERVAÇÃO:

Atendimento: 349020

Nascimento: 13/03/1993

Prontuário: 276566

Sexo: Masculino

Data e Hora do Atendimento: 18/10/19 09:54:55

Escolaridade:

Profissão:

Telefone:

Identidade: 8292238

Estado Civil:

Cartão SUS: 704802536340546

Nome do Pai: ROGERIO JOSE ALVES

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 16 - LEITO 01

Médico: JANIJO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM NOTO APRESENTANDO TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. DOSS-LEDERA LOCAL.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA D.DIPLOMATICA, NEGA HAS, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FISICO GERAL:

EG BOM ENFISICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RC R, BNF EM 2T PA 110/70MMHG

AP - RESPIRATORIO:

RV NORMALE S/ADVENTICIOS

ABDOMEN:

FLACIDO (INDOLOR, RHA(+))

AP - GENITO - URINARIO:

DIURSE ESPONTANEA

OUTROS:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA S470

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

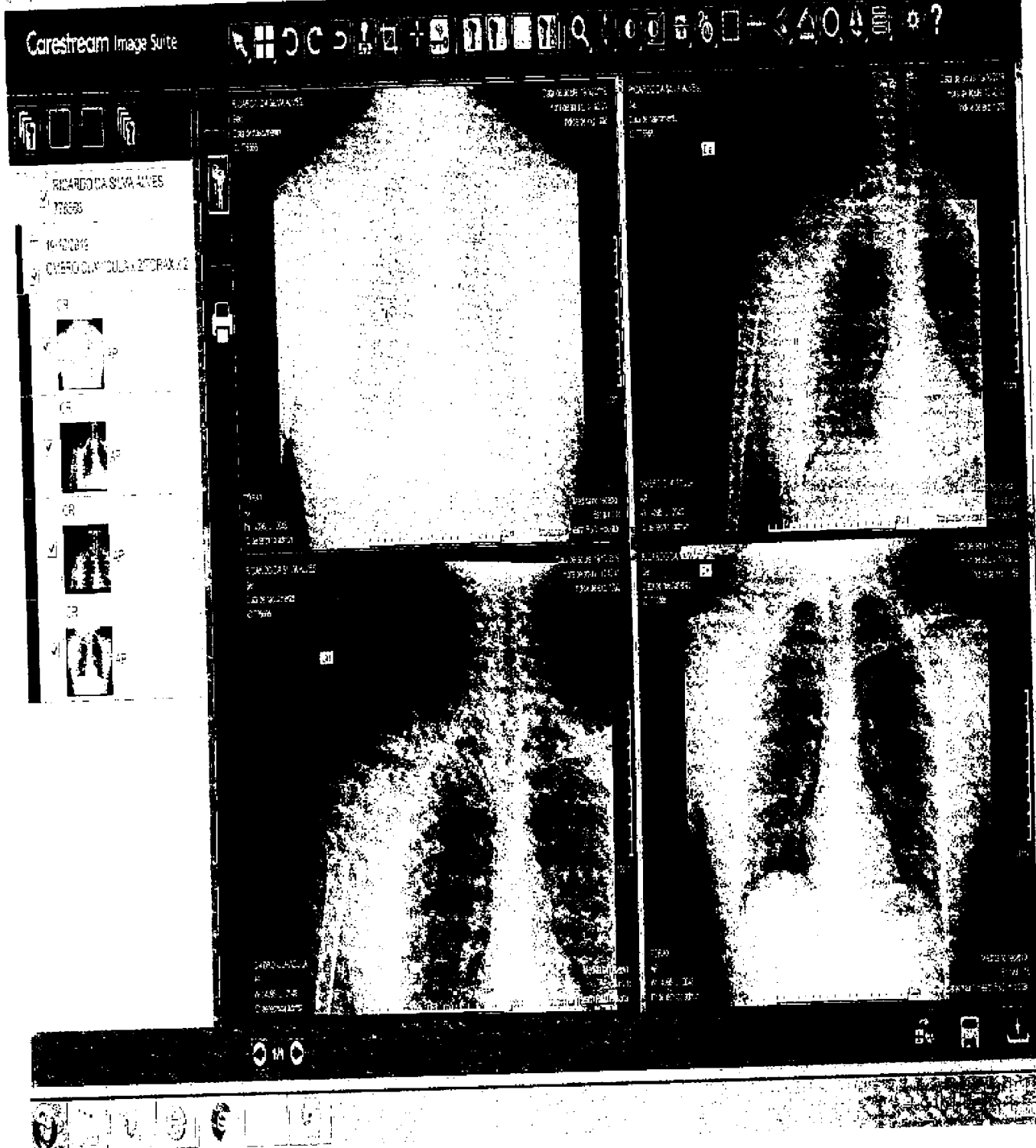
JANIJO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785


Janijo José Carrazone de Andrade
Médico
CREMEPE-6785

Av. General Manoel Rabelo - nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - PE: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hjg.org



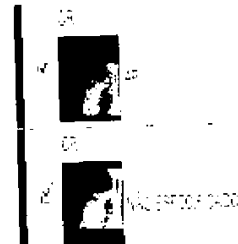


Caresstream Image Suite



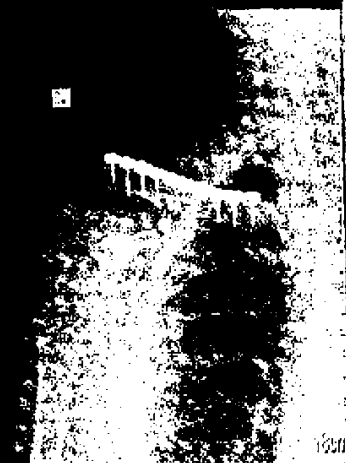
RICARDO DA SILVA ALVES
176556

04/11/2019
NÃO ESPECIFICADO



RICARDO DA SILVA ALVES
Sex: Masc.
Data de nascimento: 13-03-1993
ID: 776566

Data de aquis: 04/11/2019
Hora de aquis: 10:49:37
Índice de exp: 1326



OMBRO
AP
W: 4095, L: 2048
ID de técnico admin

Medida no receptor
Escala 0.21

Caresstream Health R&D Hospital

RICARDO DA SILVA ALVES
Sex: Masc.
Data de nascimento: 13-03-1993
ID: 776566

Data de aquis: 04/11/2019
Hora de aquis: 10:51:21
Índice de exp: 1302



NÃO ESPECIFICADO
NÃO ESPECIFICADO
W: 4095, L: 2048
ID de técnico admin

Medida no receptor
Escala 0.21
Caresstream Health R&D Hospital



ricardo da silva alves,
Sex:
Data de nascimento:
ID: 776566...

Dir.



Data de aquis.: 02/12/2019
Hora de aquis.: 08:46:47
Índice de exp.: 1313

OMBRO CLAVÍCULA
AP
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin

