Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/04/2020

Número: **0012346-48.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **04/03/2020**
Valor da causa: **R$ 7.762,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA (AUTOR)	**EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60257266	03/04/2020 16:19	2711200_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00123464820208172001

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 **REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **27/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 20/11/2018.

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$ 1.687,50 (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.

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/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

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, CPC[3].

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

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria 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$ 1.687,50 (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 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 **27/10/2018**. 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 parciais[4].

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

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

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

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 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."

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[6.]

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar 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.**

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.

---

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

[7] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Requer a produção de prova pericial nos termos do covênio 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. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO**, **OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 30 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA**, em curso perante **a 25ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00123464820208172001.

Rio de Janeiro, 30 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/04/2020

Número: **0012346-48.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **04/03/2020**
Valor da causa: **R$ 7.762,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA (AUTOR)	**EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60257267	03/04/2020 16:19	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618748 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR/FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA/PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 1/6/7/8/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618748 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR/FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA/PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 1/6/7/8/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

IDENTIDADE: 3.816.211 ORGÃO: SSP/PE

CPF: 718 - 095 - 114 - 53

ESTADO CIVIL: CASADO

ENDEREÇO: R. JOAQUIM ALVEIROS, 503 APTº 103 BL A
CORDEIRO - RECIFE/PE 50.711.240

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conego José Fernandes Machado, Nº 233 – Varzea – Recife/PE

Cep: 50.970-230

Reconheco por Autenticidade a firma de
REGINALDO CLÁUDIO LUCIO DA HORA
a qual confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
Recife, 29 de outubro de 2019 10:48:55.
Em testemunho da verdade.
Selo: 0135434.CEM0201902.02307

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

Data do Acidente: 27/10/2018

RECIFE : 29 - 10 - 2019

Local e data

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384448/19

Número do Sinistro: 3190618748

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Data do acidente: 27/10/2018

CPF: 718.095.114-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 27/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384448/19

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA **Data do acidente:** 27/10/2018

CPF: 718.095.114-53 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA : 718.095.114-53

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: 01/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190618748 **Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA**

Data do Acidente: 27/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01419/01420 - carta_03 - INVALIDEZ

00050710

Carta nº 15053714

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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190618748 **Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA**

Data do Acidente: 27/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

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

Pag. 01015/01016 - carta_01 - INVALIDEZ

00020508

Carta nº 15054667

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

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190618748 **Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA**

Data do Acidente: 27/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

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 joelho 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: **REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000045**
Conta: **0000025278-3**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Reinaldo [illegible] de Alves

6 - CPF: 718.095.114-53

7 - Profissão: Revisor

8 - Endereço: Rua [illegible]

9 - Número: 503

10 - Complemento: Ap. 103

11 - Bairro: Torreão

12 - Cidade: Recife

13 - Estado: PE

14 - CEP: 50711-240

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): (81) 98776-4014

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0045 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 25278- 3 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, 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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ 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 herdeiro(s)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

ASSINATURAS

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

1e Via - Via Cliente

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096006910**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2018** às **13:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/10/2018** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGA (BAIRRO), 01** - Bairro: **CAXANGA** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA (NOTICIANTE)
REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA

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

MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO** Pai **JOSÉ FIRMINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/6/1962** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2479481/SDS/PE (RG)** Estado Civil. **CASADO(A)** Escolaridade **2°. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares:
- **985188905**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 503, RUA JOAQUIM ALHEIROS, AP NÚMERO 103. - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade. **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

20/11/2018 13:11

Descrição **DE PLACA PEC 5814.**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propnedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a). **SUSP**
Categoria/Marca/Modelo **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A NOTICIANTE QUE A VÍTIMA SUPRACITADO, QUE É SEU MARIDO, TEVE A MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DO MESMO ABALROADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDO POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO. SEGUNDO A MESMA, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, O ELEMENTO QUE CONDUZIA O AUTOMOVEL EVADIU - SE DO LOCAL SEM, PORTANTO, ARCAR COM O ÔNUS DO OCORRIDO. DIANTE DE TAL FATO, A NOTICIANTE VEIO A ESTA DP INFORMAR O OCORRIDO PARA QUE O SEU MARIDO FIQUE AMPARADO LEGALMENTE. AINDA DE ACORDO COM A NARRATIVA DA MESMA, O SAMU FOI ACIONADO, FATO QUE GEROU A DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO NÚMERO 003.11.2018.

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

MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**

20/11/2018 13:11

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Reinaldo [illegible] de Melo

6 - CPF: 718.095.114-53

7 - Profissão: Revisor

8 - Endereço: Rua [illegible]

9 - Número: 503

10 - Complemento: Ap. 103

11 - Bairro: Torreão

12 - Cidade: Recife

13 - Estado: PE

14 - CEP: 50711-240

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): (81) 98776-4014

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0045 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 25278- 3 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, 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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ 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 herdeiro(s) menor(es)? ☐ 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 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.

ASSINATURAS

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

1e Via - Via Cliente

RECIFE
PREFEITURA DA CIDADE
POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.

SAMU 192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 003.11.2018
EM: 07.11.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA,** portadora do Documento de Identidade nº **2479481** SSP/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **434.835.504-53,** declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-545056**, que no dia 27 de outubro de 2018, o paciente Sr. **REGINALDO CLAÚDIO LÚCIO DA HORA,** portador do Documento de Identidade nº **3846211** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **718.095.114-53,** foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 13h10, na Avenida Caxangá, nas imediações ao Hospital Santa Terezinha, em frente ao Restaurante Boi Brasa, Caxangá, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital Getúlio Vargas.
Recife, 07 de novembro de 2018.

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

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

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica extraída pela serventia, que confere com o original. Dou fé.
Recife, 12 de novembro de 2018 13:07:29
Em testemunho da verdade
Dionizio Manoel de Souza (Escrevente Autorizado)
Emol.: R$ 3,41 FNSG: R$ 0,68 Total: R$ 4,09
Selo: 0135434.05112120801.01404

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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000025278-3

Nr. da Autenticação D74EB99ADCF52310

Carta

DETRAN-PE

CORREIOS

Data Postagem
17/01/2019

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
RUA JOAQUIM ALHEIROS 503
APT103 BL A
CORDEIRO
50711-240 RECIFE PE

PEC5814 HONDA/NXR160 BROS ESDD

Devolução Eletrônica
Correios

FAC

CTO RECIFE PE PL1
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A
VARZEA
50970-230 RECIFE PE

72 08038539 94304 0000000089 3 0 270819
Vencimento 04/09/2019 Postagem 27/08/2019

LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA

[illegible]

[illegible] [illegible] [illegible] 311 [illegible] 774 33

[illegible] [illegible]

[illegible]

[illegible] parte do presente declaração implicará na sanção penal prevista [illegible] Código Penal

[illegible] FERNANDES [illegible] CASA

[illegible] [illegible] 6652 4424 [illegible] 99472 [illegible] 85

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA esta internado no setor de Ortopedia e Traumatologia deste Hospital, na enfermaria 101 leito 03 desde o dia 27/10/18 até a presenta data, sem previsão de alta hospitalar.

Recife, 31/10/2018

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente Reginaldo Claudio Lucio da Hora está internado neste hospital com data de admissão 27/10/2018 até a presente data, sem previsão de alta hospitalar. Foi internado com HD: fratura de platô tibial direito + iminência de síndrome compartimental em perna direita. Realizou durante internamento cirurgias:
27/10 → fasciotomia descompressiva em perna direita + redução incruenta + aposição de fixador externo transarticular em joelho direito tipo tubo-a-tubo.
07/11 → tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial com placa e parafuso + fechamento de fasciotomia. Paciente em bom estado geral, consciente e orientado, eupneico ao ar ambiente, hemodinamicamente estável, afebril.

Atualmente segue aguardando melhora de aspecto de ferida operatória, avaliando a necessidade de novo desbridamento cirúrgico. Segue também seriando exames laboratoriais.

Recife, 23 de novembro de 2018

RAINHA DO CLAUDIO ACIO DA HORA		00161894	
346242	MASCULINO	48a 0m 7d	CLINICA ORTOPEDIA CLORT 101 03

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Tratamento:

07/11: TTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS

OBS.

PACIENTE RECEBE [illegible] ACOMPANHADO A RETORNO AMBULATORIAL

Condições Clinicas (no momento da Alta)

BOAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
27/10/2018	[illegible]

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEA CRM. Nº.26551

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O PACIENTE SR(A) REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DE 04/12/2019 NO PERIODO DE 15 DIAS.

E QUE DECLARA AUTORIZAR AS INFORMAÇÕES PARA FINS TRABALHISTAS.

CID S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2019

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº. 26551

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
1. Ocorrência da Emergência: 666951
1.1 - Atendimentos em: 18/12/18
1.2 – Às 09 **horas e** 56 **minutos.**
1.3 – Internado:
1.4 - Retirou-se em 18/12/18

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 161894
2.1 – Internado em:
2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: 1) DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
2) PASSADO DE CIRURGIA FRATURA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

4. Tratamento: 1) DESCARTADA TROMBOSE. 2) ANALGESIA.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 26.6.2019
HORA: 14:35:44
PASTA: 01.01.2019
JGAS
RS

Jéssica Guido de Araújo S
Dermatologista
CRM 15.926 RQE 2157

Dra. Jéssica Guido.

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clinica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirurgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

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

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: ☐ Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento:

Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

Termo de Responsabilidade Para Exames:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os 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 deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 18/12/2018 09:56 h JOSENEIDEAS | Impressão: 18/12/2018 09:56 h JOSENEIDEAS

Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 666951 **Prontuário:** 161894

Nome: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
Data Nasc.: 27/11/1970 **Idade:** 48 **Sexo:** MASCULINO **Cor:**
CPF: 71809511453 **RG:** 3846211 **CNS:** 701400633122334
Endereço: RUA JOAQUIM ALHEIROS **Nº:** 503
Bairro: CORDEIRO **Cidade:** RECIFE **Estado:** PE
CEP: 50711240 **Fone:** 34451787 **Profissão:**
Nome da Mãe: CREMILDA LUCIA DA HORA
Acompanhante:
Nome do Conjuge:
Local de Procedência: DOMICILIO
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Ocorrência: AUT. POR ENF. MARGARIDA, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO EM 27/10/18, JA ATENDIDO NESTE HOSP.

alta 18/12

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO [redacted]

Queixa Principal / HDA: paciente em [illegible] prontos [illegible]. Afirma [illegible] MI (E)

História do Trauma [redacted]

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐	
Acidente de Transito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:		
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista: ☐	Passageiro: ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local de Impacto:		
Vitima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐		Por que:	

Observações:

Exame Físico: [redacted]

A: Geral	Via aérea esta pérvia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

paciente ativa

B: Respiratório

eupneico

C: Circulatório	PA: x mmm	Pulso: bpm:

s/ alterações

D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Glasgow 15.

GETU

000048

...PITAL GETULIO VARGAS

...umo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

...ata e hora retirada da senha: 18/12/2018 09:51

Nome Paciente:	REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	27/11/1970
Sexo:	Masculino
Idade:	48
Senha:	E0009
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 18/12/2018 09:52 - 18/12/2018 09:53

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	[redacted]
Cor:	[redacted] VERDE
Queixa Principal:	HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO EM 27/10/2018, EVOLUI COM DOR + EDEMA EM MID
Observação:	PROCEDENTE DO AMBULATORIO, ENCAMINHADO POR DR. HIGINO
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	EDEMA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/12/2018 09:53

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO: | **SETOR:** | **DATA DE ADMISSÃO:** ___/___/___

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

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

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

- [ ] COLOCADO PULSEIRA ROXA
- [ ] NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

- [ ] SIM
- [ ] NÃO — ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

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

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida General San Martin s/n – Cordeiro
Recife – CEP 50.630-080
Fone/FAX: 81945000

HGV 1028.V.1.2013.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: REGINALDO CLAUDIO FLORO DA HORA
1. Ocorrência da Emergência: 646375

1.1 - Atendimentos em: 27 10 18
1.2 – Às 14 **horas e** 01 **minuto.**
1.3 – Internado:
1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 161894
2.1 – Internado em: 27/10/18
2.2 - Alta em: 04/12/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO - SINDROME COMPARTIMENTAL NA PERNA DIREITA.

4. Tratamento: 1- CIRURGIA EM 27/10/18 - FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA PERNA DIREITA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR NO JOELHO DIREITO.
2- CIRURGIA EM 07/11/18 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO FECHAMENTO DE FASCIOTOMIA COM AVANÇO DE RETALHO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 18.11.2019
HORA: 09:12:55
PASTA: 01.11.2019
TB
RS

Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buril

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

HGV Hospital Getúlio Vargas | 646392 Atendimento

Prontuário: 161894 CNS

Paciente: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Clínica: SALA DE RECUPERAÇÃO Leito: SR 44

Nascto: 27/11/1970 Idade: 47 Anos 11 Meses Sexo: MASCULINO

Mãe: [redacted] Fone: 3445-1767

Ender.: [redacted]

HOSPITAL GETULIO V DATA: 27/10/2018 HR: 17:20 Usuário: MARIAJE

ATENDIMENTO: 646375 Prontuário: 161894

NO Cor:

CNS:

Nº: 503

Estado: PE

Profissão:

Nome da Mãe: [redacted]

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT POR ENF. EMERSON, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

[redacted]

Queixa Principal / HDA: Paciente vítima de queda de motocicleta após colisão do veículo: refere dor em MID

[redacted]

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐	
Acidente de Trânsito: Sim ☑ Não ☐	Tipo:		
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista: ☐ Passageiro: ☐	
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local de Impacto:		
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m	
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐		Por que	

Observações:

[redacted]

A: Geral | Via aérea esta permeável: Sim ☐ Não ☐ | O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ | Temp.: C°

FGA, Consciente, Orientado, Acianótico, Anictérico

B: Respiratório

MV (+) S/RA

C: Circulatório | PA x mmm | Pulso 75 bpm

Ritmo cardíaco: RCR em 2T BNF S/ sopros

D: Exames Neurológico | Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ | Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escore: 04 Hora:

Glasgow: Resposta Verbal Escore: 05 Hora:

Glasgow: Resposta Motora Escore: 06 Hora:

Glasgow 15, Lucido

HOSPITAL GETULIO

EMERGÊNCIA

E: Abdômen

D admissão inicial:

Exames Solicitados : 1 - **Patologia Clínica**

Exames Solicitados : **1 - Especializados**

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:

Código Procedimento.

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirurgica Sim ☐ Não ☐ **Motivo**

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Piorado

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização

Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

Termo de

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 27/10/2018 14:01 h JOSENEIDEAS | Impressão: 27/10/2018 14:01 h JOSENEIDEAS

_____

Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco **MANCHESTER_V2**

Data e hora retirada da senha: 27/10/2018

Nome Paciente:	REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	27/11/1970
Sexo:	Masculino
Idade:	47
Senha:	E0018
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 27/10/2018 13:55 - 27/10/2018 13:58

EMERSON LUIZ DO NASCIMENTO CORREIA - COREN: 539975 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	**AMARELO - URGENTE**
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO RESULTANDO DOR EDEMA EM MID NEGA DESMAIO.
Observação:	PACT CHEGOU NESTA UNIDADE DE SAUDE (HGV) COM O SAMU.
Fluxograma sintoma:	QUEDAS
Discriminador(es):	- DOR MODERADA?
Especialidade:	CIRURGIA GERAL
Sinais Vitais Lidos:	- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15 - REGUA DE DOR: 5 - FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM (RÍTMICO) - GLICEMIA: 99.00 MG/DL - TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: EMERSON LUIZ DO NASCIMENTO CORREIA - COREN: 539975 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2018 13:58

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

FICHA PARA AVALIA RISCO DE QUED

NOME:

Nº DO REGISTRO: | **SETOR:** | **DATA DE ADMISSÃO:___/___/___**

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

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

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

	COLOCADO PULSEIRA ROXA		NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

	SIM	ASSINATURA (ORIENTADO): _____
	NÃO	

RECOMENDAÇÕES:

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

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida Caxangá, Bairro Cordeiro
Recife-PE, CEP 50.050-000
Fone/Fax: 81 3184-8600

HGV.1028.V.1.2013.

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA			00161894
646392	MASCULINO	48a 0m 7d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 101-03

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Tratamento:

07/11: TTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS

OBS:

PACIENTE RECEBE ALTA ORIENTADO A RETORNO AMBULATORIAL

Condições Clinicas (no momento da Alta)

BOAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
27/10/2018	04/12/2018

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº 26551

Dr. Fabio Moura Rego N. Leal
Ortopedia
CRM/PE 26551

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS
Secretaria Estadual de Saúde

Pernambuco

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA REG: 161894
Data da operação: 27/10/18

Operador: **DR. EMILIO VERDE** 1º auxiliar: **DR LYSON MR2**

2º auxiliar: DRA HANNA MR1

Anestesista: DRA MARIA JOSE

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO + IMINÊNCIA DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA DIREITA

Tipo de operação: FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA EM PERNA DIREITA + **REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM JOELHO DIREITO TIPO TUBO-A-TUBO**

Descrição operatória:

1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
2) Antisepsia e assepsia;
3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis
4) Observado no pré-operatório, apesar de boa perfusão distal em MID, edema importante e tensionamento em panturrilha direita e não conseguimos palpar pulso pedioso a direita e palpamos pulso tibial posterior a direita diminuido em comparação ao contralateral (iminência de síndrome compartimental)
5) Realizada incisão em face medial e lateral de perna direita (fasciotomia descompressiva) e visualizado drenagem de hematoma fraturário e moderada isquemia em tecidos musculares
6) Realizada redução incruenta de fratura e aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular em joelho direito (Fluoroscopia não disponivel no momento)
7) Realizada limpeza das incisões com SF 0,9%
8) Curativo estéril
9) Observado ainda boa perfusão distal ao final procedimento, porém não conseguimos palpar pulsos distais em MID

OBS: AVALIAÇÃO DE CIRURGIA VASCULAR EM CARATER DE URGÊNCIA.

Hanna Emile
Médica
CRM-PE 26533

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

GOVERNO DE Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Registro: 161894 **Data da operação:07/11/2018**

Operador: DR. CRYSTIAN **1º auxiliar: DR. LYSON**

2º auxiliar: Dra. HANNA **Instrumentador: ALEXANDRE**

Anestesista: DRA LUCIANA SOUZA ANESTESIA : RAQUIANESTESIA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO + FASCIOTOMIA EM PERNA DIREITA

Tipo de operação: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO DIREITO + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO COM PLACA DCP EM "L" E PARAFUSOS + FECHAMENTO DE FASCIOTOMIA EM PERNA DIREITA COM AVANÇO DE RETALHO

Descrição:

1) Paciente em decúbito dorsal, sob ranestesia
2) Retirada de fixador externo transarticular do joelho direito
3) Assepsia, antissepsia e aposição de campos estéreis
4) Observada incisões de fasciotomia em face medial e lateral de perna direita
5) Realizada ampliação para proximal de incisão de fasciotomia lateral em perna direita, cerca de 6cm
6) Dissecção por planos até foco de fratura em platô tibial direito
7) Realizada redução cruenta e fixação em ponte com placa em DCP 4,5 em L fixada com 04 parafusos corticais (destes, 03 distais e 01 proximal) e 02 parafusos esponjosos proximais, com controle por radioscopia
8) Observada redução satisfatória sob fluoroscopia
9) Realizada limpeza com SF 0,9%
10) Realizado fechamento de fasciotomia em faces medial e lateral de perna direita com Vyvril e Nylon
11) Realizado curativo esteril
12) Ao final do procedimento observado pulsos distais presentes, palpáveis e simétricos

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17984/CRM-PE 28833

REGINALDO CLAUDIO [illegible] DA [illegible]		00161894
6[illegible] 92	MASC[illegible]	[illegible]

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

D'agnóstico:

FRATURA [illegible]

Tratamento:

[illegible] CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS

OBS:

PACIENTE [illegible] RECEBE ALTA [illegible] ORIENTADO A RETORNO AMBULATORIAL

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
27/10/2018	04/12/2018

Recife, 4 DE DEZEMBRO DE 2018

FABIO MOURA REGO MONTEIRO LEAL [illegible]

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, QUE O(A) PACIENTE SR.(A) REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DE 04/12/2018 NO PERÍODO DE 15 DIAS,

E QUE DEVERÁ AUTORIZAR AS INFORMAÇÕES PARA FINS TRABALHISTAS

[illegible]

CID: S82_ FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº. 26551

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente Reginaldo Claudio Lucio da Hora esta internado neste hospital com data de admissão 27/10/2018 até a presente data, sem previsão de alta hospitalar. Foi internado com HD: fratura de platô tibial direito + iminência de síndrome compartimental em perna direita. Realizou durante internamento cirurgias:
27/10 → fasciotomia descompressiva em perna direita + redução incruenta + aposição de fixador externo transarticular em joelho direito tipo tubo-a-tubo.
07/11 → tratamento cirúrgico de fratura de plato tibial com placa e parafuso + fechamento de fasciotomia. Paciente em bom estado geral, consciente e orientado, eupneico ao ar ambiente, hemodinamicamente estável, afebril.

Atualmente segue aguardando melhora de aspecto de ferida operatória, avaliando a necessidade de novo desbridamento cirúrgico. Segue também seriando exames laboratoriais.

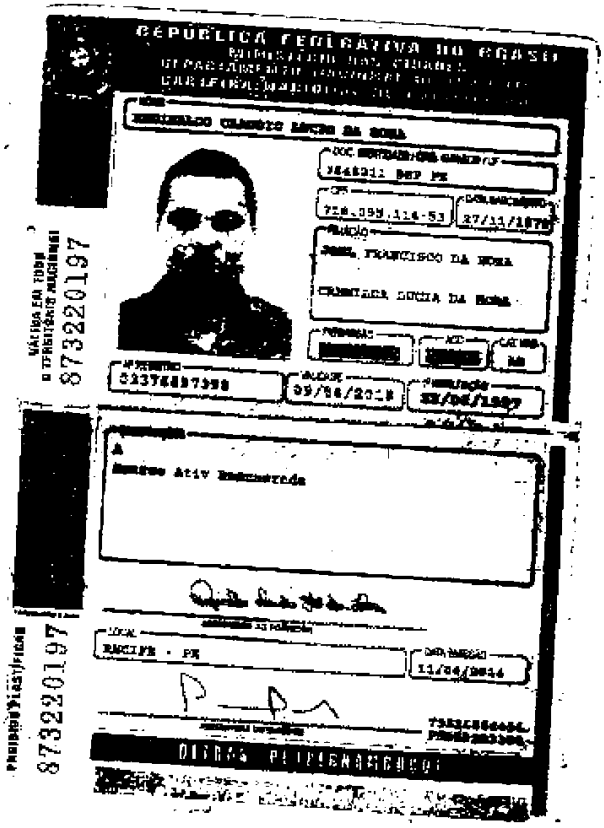
Recife, 23 de novembro de 2016

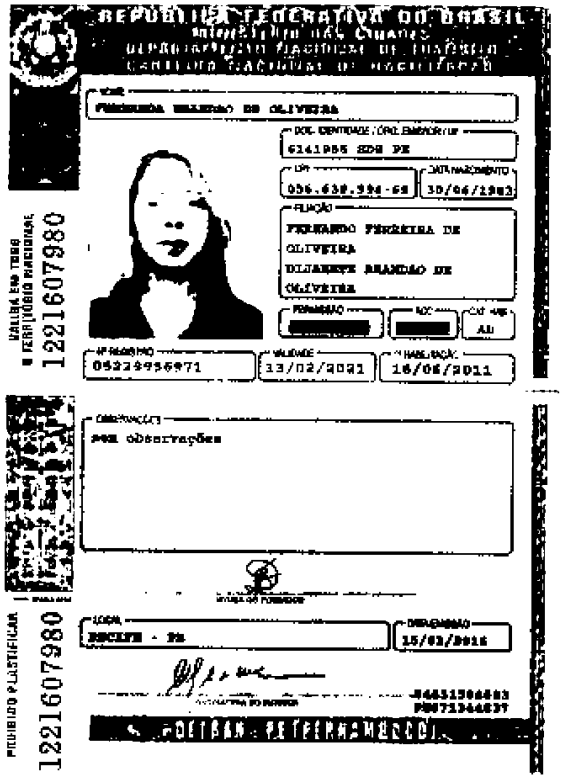
Secretaria de Saude do Estado de Pernambuco
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

DECLARAÇAO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA esta internado no setor de Ortopedia e Traumatologia deste Hospital, na enfermaria 101 leito 03 desde o dia 27/10/18 até a presenta data, sem previsão de alta hospitalar.

Recife, 31/10/2018





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

NOME
FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6141955 SDS PE

CPF
036.630.934-68

DATA NASCIMENTO
30/06/1983

FILIAÇÃO
FERNANDO FERREIRA DE OLIVEIRA
ELIANETE BRANDÃO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05224956971

VALIDADE
13/02/2021

1ª HABILITAÇÃO
16/06/2011

OBSERVAÇÕES
MOD observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
15/02/2016

ASSINATURA DO DIRETOR

DOLTRAN - PE FERNANDO MELLO

1221607980

IMPRIMIR EM TINTA
E FERRO VÍDEO MAGNÉTICAS

1221607980

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN PE
CERTIFICADO DE REGIST E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014483771937

RENAVAM
1 1047656806 **********

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

RECIFE-PE 0

CNPJ
718 095 114-5 PEC5814

******* PE 9C2KD0810FR44

PAS MOTOCICLETA ALCO GASOL

HONDA NXR160 BROS ESDD

CL PARTI

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

RECIFE 03/09/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014483771937 BILHETE DE SEGURO DPVAT

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

0

RECIFE-PE 2018 02/09/18

VIA 1 CPF CNPJ 718.095.114-53 PEC5814

RENAVAM 1047656806 MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

2015 09 9C2KD0810FR445475

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

SEGURADORA LÍDER DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SE NÃO É DO TIPO OBRIGATÓRIO.

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: [illegible]

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: [illegible]

[illegible]

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

[illegible] (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

[illegible] (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

[illegible]

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

[illegible] (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO:
- MORTE - R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384448/19

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Data do acidente: 27/10/2018

CPF: 718.095.114-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA : 718.095.114-53

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: 01/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral