



Número: **0013914-02.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                  |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                    |
|-----------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------|
| RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS (AUTOR) |                    | ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)  |                    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)    |                    |                                        |                    |
| Documentos                              |                    |                                        |                    |
| Id.                                     | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo               |
| 62437581                                | 25/05/2020 15:33   | <a href="#">2723072_CONTESTACAO_01</a> | Outros (Documento) |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00139140220208172001

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

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**, 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 **30/10/2019**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 09/12/2019.**

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, 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/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

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

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

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

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

#### **DO MÉRITO**

#### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 09/12/2019 após 06 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 30/10/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

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

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



Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

**Não há justificativa para delonga tão grande**, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

#### **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<sup>3</sup>.

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

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

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

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), 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 **30/10/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

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

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

<sup>4</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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.

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



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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

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

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

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

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

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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



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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

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 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, 22 de maio 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



### QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



### **TABELA DE GRADAÇÃO**

| <b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Total (100%)</b> | <b>Intensa (75%)</b> | <b>Média (50%)</b> | <b>Leve (25%)</b> | <b>Residual (10%)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| 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/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**, em curso perante a **19ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00139140220208172001.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





25/05/2020

Número: **0013914-02.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                  |                    | Procurador/Terceiro vinculado         |                    |
|-----------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|--------------------|
| RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS (AUTOR) |                    | ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO) |                    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)    |                    |                                       |                    |
| Documentos                              |                    |                                       |                    |
| Id.                                     | Data da Assinatura | Documento                             | Tipo               |
| 62438338                                | 25/05/2020 15:33   | <a href="#">ANEXO</a>                 | Outros (Documento) |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 106595496 2019

LUCINEIDE MARIA DE ASSONCELOS

PAULISTA - PE

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

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

PE Nº 014802551661 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUCINEIDE MARIA DE ASSONCELOS

PAULISTA - PE

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

709.584.324-49

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

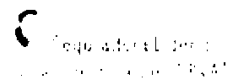
DETRAN

DETRAN

DETRAN



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047010/20

**Vítima:** RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

**CPF:** 066.937.214-51

**CPF de:** Próprio

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/10/2019

**Titular do CPF:** RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

### 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

#### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

#### RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS : 066.937.214-51

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057500

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

Data do acidente: 30/10/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO E ULNA DISTAL DIREITO.  
FRATURA DA PATELA ESQUERDA.  
FERIMENTO DE HÁLUX DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS PUNHO DIREITO.  
ALTA.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO-JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.ESQUERDODIREITO.

**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 DO PUNHO DIREITO.  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 5.  
BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 6.

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 punhos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Perda completa da mobilidade de um joelho     | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057500

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

Data do acidente: 30/10/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO E ULNA DISTAL DIREITO.  
FRATURA DA PATELA ESQUERDA.  
FERIMENTO DE HÁLUX DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS PUNHO DIREITO.  
ALTA.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO-JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.  
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 DO PUNHO DIREITO.  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 5.  
BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 6.

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 punhos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Perda completa da mobilidade de um joelho     | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: VIGILANTE  
Identidade: 7.486.502-SDS/PE CPF: 066.937.214-51  
Endereço: RUA DA PEDE ELETRICA, nº 170, JARDIM PAULISTA /  
NAVARRO, PAULISTA - PE, CEP: 53.407-760

### **PROCURADOR(A):**

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária  
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00  
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 30/10/2019, cobertura INVALIDEZ, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Paulista, 17-12-2019  
Local e data

Rodolfo Henrique de Vasconcelos  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço por autenticidade a firma RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS  
Doc. 16 Paulista/PE, 17/12/2019 14:10:57, E-mail: RS335@15NR.RS  
183 FHRG RS 040 ISS RS 008 FHRM 034 FHRSG 008 Op. 220  
SRAE LAURENTINO DE PAULA - Esc. avante

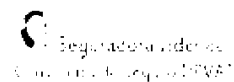
Selo 0077552 EHRF12701905 90514

Selo de autenticidade em: [www.tpe.jus.br/pe/p1/g1e](http://www.tpe.jus.br/pe/p1/g1e)

AA451699



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047010/20

**Vítima:** RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

**CPF:** 066.937.214-51

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

### 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

#### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

#### RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS : 066.937.214-51

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200057500

Vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

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 15473172





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

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200057500**

**Vítima: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**

**Data do Acidente: 30/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 3.375,00 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
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

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: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**

**Valor: R\$ 3.375,00**

**Banco: 341**

**Agência: 000006066**

**Conta: 0000042170-9**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

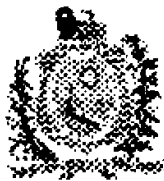
Atenciosamente,





13/12/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



594.000  
004.010/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC  
BOLETIM DE Ocorrência N°. 19E0118011565

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/12/2019 às 10:52

Complementa o BQ Número: 19E0118011465

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado)** que aconteceu no dia 30/10/2019 às 00:30

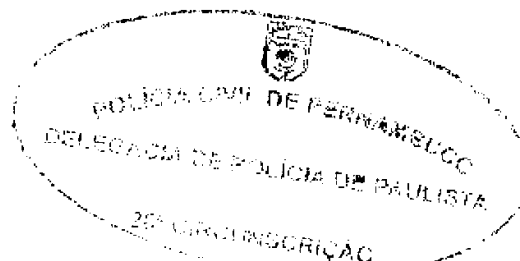
Fato ocorrido no endereço: AVENIDA D, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRAZIL Próximo a:  
BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - Bairro: JARDIM PAULISTA -  
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRAZIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RODOLFO (AUTOR/AGENTE)  
LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS (OUTRO)  
RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a): RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS



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

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 24/10/1987 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7486502/803/PE (RG), 06683721461 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO  
Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares:  
- 988607882

Residência: RUA DA REDE ELÉTRICA, N° 170, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRAZIL Próximo a:  
BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA -  
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRAZIL

RODOLFO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: M Pai: P Data de Nascimento: 24/10/1987 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL

LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Residência: RUA DA REDE ELÉTRICA, N° 170, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRAZIL Próximo a:  
BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA -  
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRAZIL

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

8.63.36/pernambuco/VisualizaBQ.do?IdUn=1165&IdOc=8184988&IdBO=19E0118011565&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TRANSIT... 1/4



13/12/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

**VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **1,00 (REAL)**

Placa: **PDT8369** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **196296498** Chassi: **9C2KC2210GR002672**  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Apólice: **PORTO SEGURO**  
Descrição: **CRLV N° 014802561661.**

Complemento / Observação

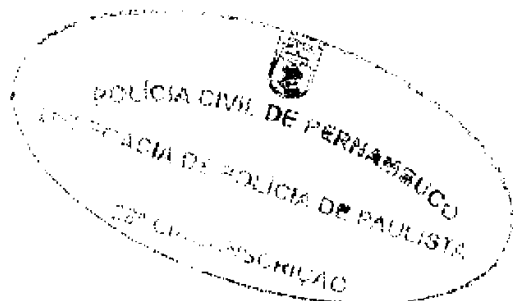
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. RODOLFO HENRIQUE, ONDE NOS RELATOU QUE NO DIA 30 / 10 / 2019, POR VOLTA DAS 00:30 H, ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO DE PLACA PDT 8369, E, AO DESCEM A LADREIRA DE JARDIM PAULISTA ALTO, PASSOU POR UM BURACO, PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU AO CHÃO, QUE LIGOU PARA A SUA TIA, SENDO A SRA. CAMILA MARIA DE VASCONCELOS, QUE FOI AO LOCAL, JUNTAMENTE COM SEU ESPOSO, O SR. ONÉAS FERNANDES ROSA, E LHE LEVARAM PARA UPA DE JARDIM PAULISTA, QUE NA CITADA UPA NÃO TINHA ORTOPEDISTA E, SENDO ASSIM, FOI LEVADO PARA PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO N° 1244804, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES.

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

*Rodolfo Henrique de Vasconcelos*  
**RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**  
(VITIMA)

**RODOLFO**  
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **EDMARIO MARQUES DE MENEZES** - Matrícula: **3848841**



*Assinado*  
*perce*  
*20.12.2019*

3.63.38/pernambuco/ViaualizaBO.do?IdUn=118&IdOc=8184988&InroBO=19E01180115B5&Ipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TRANSIT... 2/2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

**BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0118011465**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/12/2019** às **14:39**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **30/9/2019** às **00:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA D, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

RODOLFO ( AUTOR / AGENTE )  
LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS ( OUTRO )  
RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: {Usado na geração da ocorrência} , que estava em posse do(a) Sr(a): RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

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

**RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/10/1987** Nacionalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7486502/SDS/PE (RG), 06693721451 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 988507582**

Exame pericial: {solicitado por esta unidade operacional} **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**  
Residência: **RUA DA REDE ELÉTRICA, Nº 170, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Próximo a: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**RODOLFO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: M Pai: P** Data de Nascimento: **24/10/1987** Nacionalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**

**LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residência: **RUA DA REDE ELÉTRICA, Nº 170, JARDIM PAULISTA ALTO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Próximo a: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

09/12/2019



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

**VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **1 (REAL)**

Placa: **PDT6369** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **106295490** Chassi: **9C2KC2210GR002672**  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Apolice: **PORTO SEGURO**  
Descrição: **CRLV N° 014802551661.**

Complemento / Observação

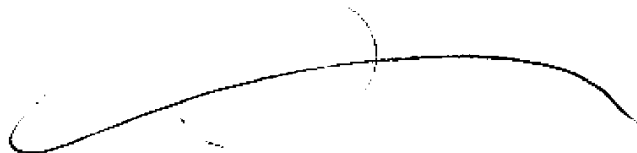
**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. RODOLFO HENRIQUE, ONDE NOS RELATOU QUE NO DIA 30 / 10 / 2019, POR VOLTA DAS 00:30 H, ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO DE PLACA PDT 6369, E, AO DESCER A LADEIRA DE JARDIM PAULISTA ALTO, PASSOU POR UM BURACO, PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU AO CHÃO; QUE LIGOU PARA A SUA TIA, SENDO A SRA. CAMILA MARIA DE VASCONCELOS, QUE FOI AO LOCAL, JUNTAMENTE COM SEU ESPOSO, O SR. ONÉAS FERNANDES ROSA, E LHE LEVARAM PARA UPA DE JARDIM PAULISTA; QUE NA CITADA UPA NÃO TINHA ORTOPEDISTA E, SENDO ASSIM, FOI LEVADO PARA PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO N° 1544804, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES.**

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

  
**RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**  
(VITIMA)

**RODOLFO**  
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE JORGE M. DOS SANTOS - MAT. 221.286-2**





## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/10/2019 02:07

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Nome Paciente:      | RODOLFO HERINGUE DE VASCONCELOS |
| Cód. Paciente:      |                                 |
| Data de Nascimento: |                                 |
| Sexo:               | Masculino                       |
| Idade:              | 32                              |
| Senha:              | 0011                            |
| Convênio:           | -                               |
| Atendimento:        |                                 |
| SAME:               |                                 |

Período: 30/10/2019 02:08 - 30/10/2019 02:09

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 381601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

|                     |                                                               |
|---------------------|---------------------------------------------------------------|
| Prioridade:         |                                                               |
| Cor:                | AMARELO                                                       |
| Queixa Principal:   | TRAUMA EM MIE MSD APOS QUEDA D EMOTO, VEIO DA UPA DE PAULISTA |
| Observação:         | ALERGIA                                                       |
| Fluxograma sintoma: | TRAUMA                                                        |
| Discriminador(es):  | - DOR MODERADA (4 - 7/10)                                     |
| Especialidade:      | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA                                       |

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 381601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/10/2019 02:09

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1544804  
Data e Hora: 30/10/2019

**Senha da Classificação:**

Atendimento: 1544804  
Data e Hora: 30/10/2019 02:11  
Paciente: 526409 RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS Sexo: MASCULINO  
Convenio: 2 SUS - PRO

**SUS - PRONTO ATENDIMENTO**

Nome Social :  
Data do Nascimento: 24/10/1987 Idade: 32 anos  
Nome da Mãe: LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Endereço: RUA DA REDE ELETRICA  
Cidade/UF: PAULISTA  
RG (Identidade):  
Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA  
Bairro: JARDIM PAULISTA  
Usuário Atendimento: MARINEIDESM  
Data de Emissão:  
Fone: 87643137  
Data de Emissão CRN:

Usuário Atendimento: MARINEIDSM  
Data de Emissão:

Phone: 87843137

**Data de Emissão CRN:**

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal**

**Exame Fielco**

### Hipotesis Diagnostico

### Conduta Terapêutica

**Prática Médica**

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência  
Transferido: 17/MA  
Para: 58046

## Sentha

Carimbo/Médico

# IMOBILIZAÇÃO



# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06066

CONTA: 000000042170-9

---

Autenticação:

00088F07D4ADB3982C3A5902E9ABE70488A5BE28929DC523E988C837E49EF512



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

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



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

|                                                                                                                               |                                                                           |                                           |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
| DADOS DO CLIENTE<br>CAMILA MARIA DE VASCONCELOS<br>CPF: 052.663.884-02                                                        | DATA DE VENCIMENTO<br><b>04/11/2019</b>                                   | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL<br>28/10/2019 | CONTA CONTRATO<br>007025362270 |
|                                                                                                                               | TOTAL A PAGAR (R\$)<br><b>314,23</b>                                      | DATA DA APRESENTAÇÃO<br>28/10/2019        | Nº DO CLIENTE<br>2012327125    |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA<br>RUA DA REDE ELÉTRICA 170 CS -<br><br>JARDIM PAULISTA ALTO/NAVARRO<br>53407-760 PAULISTA PE | CLASSIFICAÇÃO<br><b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br><b>Monofásico</b> |                                           |                                |
|                                                                                                                               | RESERVADO AO FISCO<br><b>2FB2.B2C0.B495.422B.914F.C171.8193.AB76</b>      |                                           |                                |

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                 | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$) |
|-------------------------------------------|------------|------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh)                        | 339.00     | 0,81069952 | 274,82      |
| Acréscimo Bandeira AMARELA                |            |            | 6,36        |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA               |            |            | 3,02        |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal          |            |            | 27,87       |
| ICMS Subvenção-CDE-MH 01/5133352-27-08/18 |            |            | 2,16        |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |
|                                           |            |            |             |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |            |          |            |          |          |           |        |             |
|--------------------------------------------|----------------|------------|----------|------------|----------|----------|-----------|--------|-------------|
| NÚMERO DO VED-008                          | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº CASAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|                                            |                | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |          |           |        |             |
| 000033001161742146                         | CAI            | 25/09/2019 | 2.946,00 | 28/10/2019 | 6.285,00 | 33       | 1,00000   | 0,00   | 339,00      |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/11/2019

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES                                                            |            |                |              |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--------------|------------------|
| DESCRIÇÃO                                                                                        | CONJUNTO   | VALOR APLICADO | MÉDIA MENSAL | MÉDIA TRIMESTRAL |
| ago/2019                                                                                         |            |                |              |                  |
| D.C.No.de notas sem Energia                                                                      | PARATIBE I | 1,87           | 4,55         | 3,81             |
| Fichas de veras sem Energia                                                                      |            | 1,00           | 2,17         | 6,35             |
| D.C.No.Duração máxima de interrupção com nota                                                    |            | 1,91           | 2,17         | 6,00             |
| D.C.No.Duração de interrupção em dia crítico                                                     |            |                |              |                  |
| Limite D.C.No. 12,22                                                                             |            |                |              |                  |
| EU SO Valor do Encargo de Joo = R\$ 101,15                                                       |            |                |              |                  |
| Tipo 5: Joo de Joo aplica a aplicação das Indicações D.C.No. D.C.No. e D.C.No. a qualquer tempo. |            |                |              |                  |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | NÍVEIS DE TENSÃO                                                                                                                                                                      |  |                   |                       |  |               |     |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-----------------------|--|---------------|-----|---------|
| <p>Pague no ponto mais perto de você! Amapá: rua dr Luiz Ignácio de Andrade Lima 1120 box 744. Lista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a></p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a></p> <p>Garantia ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pago, em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> |                       | <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table> |  | TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |  | MÍNIMO MÁXIMO | 220 | 202 231 |
| TENSÃO NOMINAL(V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |                                                                                                                                                                                       |  |                   |                       |  |               |     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | MÍNIMO MÁXIMO         |                                                                                                                                                                                       |  |                   |                       |  |               |     |         |
| 220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 202 231               |                                                                                                                                                                                       |  |                   |                       |  |               |     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA                                                                                                                                                                 |  |                   |                       |  |               |     |         |

DESTAQUE AQUI

|                                |                    |                              |                          |                                                                                                       |
|--------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTA CONTRATO<br>007025362270 | MÊS/ANO<br>10/2019 | TOTAL A PAGAR(R\$)<br>314,23 | VENCIMENTO<br>04/11/2019 | TALÃO DE PAGAMENTO<br>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitora ótica. |
|--------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

838300000039 142300110075 025362270100 143212301136

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIA - 1001 - LOJA 2 - CENTRO  
ABRÃO F. LIMA PE 55520 170

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
R JOAQUIM NABUCO, N. 40000 - JARDIM ABRÃO E LIMA PE 55520 170  
INSCRIÇÃO: 165 135 120 4443 2000 GRUPO 7 DES AUTOMÁTICO 103668667

LIGADO RESIDENCIAL 1 1  
A1222/425 10/10/2019 08 11/2019 10/2019

ÁGUA  
LEIT. ANT. 4 COMOD. 1  
LEIT. ANT. 4  
LEIT. FAT. 4 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

|         | PARÂMETRO | NÚMERO DE AMOSTRAS |      |               |        |
|---------|-----------|--------------------|------|---------------|--------|
|         |           | EXIG.              | POS. | ANAL. REALIZ. | ATEND. |
|         |           | 100                | 2    | 100           | 100    |
| 10/2019 | 01        |                    |      |               |        |
| 09/2019 | 01        |                    |      |               |        |
| 08/2019 | 01        |                    |      |               |        |
| 07/2019 | 01        |                    |      |               |        |
| 06/2019 | 01        |                    |      |               |        |
| 05/2019 | 01        |                    |      |               |        |
| MÉDIA:  | 01        |                    |      |               |        |

Qtd. de amostras de água analisadas com sucesso  
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA DE 303 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) 305 PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, VISCERIFORMES COLI E CLORO  
RESIDUA. SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) 305 PARÂMETROS COLI TUBÍCULO SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS      | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|-----------------------------|---------|------------|
| ÁGUA                        |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)    | 1,42    | 44,28      |
| CONSUMO DE ÁGUA             |         |            |
| COMERCIAL 1 UNIDADE(S)      | 0,03    | 64,04      |
| CONSUMO DE ÁGUA             |         |            |
|                             |         | 2,19       |
| VALIA PATRONALIZADA 10/2019 |         | 0,90       |
| JURO DE 100% 03/2019        |         |            |

VALIA PATRONALIZADA 10/2019 1,00 1,00  
100,00 7,60 8,60

10/2019 11/2019

MESSAGENS  
IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTE(S), NO  
TOTAL DE R\$ 117,18. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



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

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0300 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

\* 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, **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito(a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00,

na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

*Ronaldo Henrique De Vasconcelos*

inscrito(a) no CPF sob o Nº 066.937.214-51, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

*Ronaldo Henrique De Vasconcelos* inscrito(a) no CPF sob o Nº 066.937.214-51

, 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 | <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b> | Número                   | <b>200</b>            | Complemento            | <b>CASA</b>            |
| Cidade   | <b>ABREU E LIMA</b>           | Estado                   | <b>PE</b>             | CEP                    | <b>53520170</b>        |
| Bairro   | <b>TIMBÓ</b>                  | Telefone Comercial (DDD) | <b>(81) 3538.0069</b> | Telefone celular (DDD) | <b>(81) 98721.5834</b> |
| Email    | <b>balbinospe@hotmail.com</b> |                          |                       |                        |                        |

*Abreu e Lima 23 Janeiro de 2020*

*Ronaldo Henrique De Vasconcelos*

Assinatura do Declarante



## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE INP

Data e hora registrada da anamnese: 30/10/2019 02:07

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Nome Paciente:      | RODOLFO HERINGUE DE VASCONCELOS |
| Sexo Paciente:      |                                 |
| Data de Nascimento: |                                 |
| Sexo:               | Masculino                       |
| Idade:              | 32                              |
| Barba:              | 0011                            |
| Corvante:           |                                 |
| Apendimento:        |                                 |
| SABE:               |                                 |

Período: 30/10/2019 02:08 - 30/10/2019 02:09

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM M/E MSD APOS QUEDA DE MOTO. VEIO DA UPA DE PAULISTA

Observação:

ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/10/2019 02:09

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página: 1 de 1



UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Atendimento: 1544804

Senha de Classificação:

Data e Hora: 30/10/2019 02:11

Paciente: 526409 RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS Sexo: MASCULINO

Nome Social: Data do Nascimento: 24/10/1987 Idade: 32 anos Convênio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS Nome do Pai: NAO DECLARADO CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: RUA DA REDE ELETRICA 170 Bairro: JARDIM PAULISTA

Cidade/UF: PAULISTA PE Cep: 53407780 Usuário Atendimento: MARINEIDESM

RG (Identidade): Data de Emissão: Fone: 157943137

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

NOTA: 0490

Peso: Altura: Temperatura:

Queixa Principal:

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Terapêutica:

Prescrição Médica:

Destino:

Transferido:

Para:

Encaminhado ao Ambulatório

Residência

Senha:

Carimbo/Médico

IMOBILIZAÇÃO



# Formulário para solicitação de autorização de internação

|                                                                                                                                                                         |  |                                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                                                                         |  | IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO             |  |
| HOSPITAL MIGUEL ARRÁES                                                                                                                                                  |  | 2 - CNES                                     |  |
| HOSPITAL MIGUEL ARRÁES                                                                                                                                                  |  | 5431000                                      |  |
| 3 - Nome do Paciente                                                                                                                                                    |  | IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                    |  |
| RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS                                                                                                                                         |  | 4 - CNES                                     |  |
| 5 - Data de Nascimento                                                                                                                                                  |  | 6 - Nº de Identificação                      |  |
| 24/10/1987                                                                                                                                                              |  | 130850                                       |  |
| 7 - Sexo                                                                                                                                                                |  | 8 - Pardo                                    |  |
| Masculino                                                                                                                                                               |  | 03 - Parda                                   |  |
| 9 - Nome da Mãe                                                                                                                                                         |  | 10 - Endereço (RUA, Nº, Bairro)              |  |
| LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS                                                                                                                                          |  | RUA DA REDE ELÉTRICA, 170 - JARDIM MARLIUSTA |  |
| 11 - Nome do Responsável                                                                                                                                                |  | 12 - Telefone de Contato                     |  |
| CAMILA                                                                                                                                                                  |  | 8198794013                                   |  |
| 13 - Endereço (RUA, Nº, Bairro)                                                                                                                                         |  | 14 - Telefone de Contato                     |  |
| RUA DA REDE ELÉTRICA, 170 - JARDIM MARLIUSTA                                                                                                                            |  | 983043117                                    |  |
| 15 - Município                                                                                                                                                          |  | 16 - UF                                      |  |
| PAULISTA                                                                                                                                                                |  | PE                                           |  |
| 17 - RG                                                                                                                                                                 |  | 18 - CPF                                     |  |
| 281870                                                                                                                                                                  |  | 5349760                                      |  |
| 20 - Principais Queixas e Sinais Clínicos                                                                                                                               |  |                                              |  |
| PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HA 12 HORAS COM DORES E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO, FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO E HÁLUX.                                        |  |                                              |  |
| 21 - Orientação: O paciente encontra-se estável, com dor aguda e deformidade em punho direito, com corte em face anterior de joelho esquerdo e dorso de hálux esquerdo. |  |                                              |  |
| 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas                                                                                                                       |  |                                              |  |
| ANAMNESE - EXAME FÍSICO                                                                                                                                                 |  |                                              |  |
| 23 - Descrição do Procedimento Solicitado                                                                                                                               |  |                                              |  |
| PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTODONTIA                                                                                                                                 |  |                                              |  |
| 24 - CID-10 Principal                                                                                                                                                   |  |                                              |  |
| S825                                                                                                                                                                    |  |                                              |  |
| 25 - CID-10 Secundária                                                                                                                                                  |  |                                              |  |
| W190                                                                                                                                                                    |  |                                              |  |
| 26 - CID-10 Causa Externa                                                                                                                                               |  |                                              |  |
| 041802000                                                                                                                                                               |  |                                              |  |
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado                                                                                                                               |  |                                              |  |
| PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTODONTIA                                                                                                                                 |  |                                              |  |
| 28 - Especialidade                                                                                                                                                      |  |                                              |  |
| ORTODONTIA                                                                                                                                                              |  |                                              |  |
| 29 - Caracter de Atendimento                                                                                                                                            |  |                                              |  |
| 2                                                                                                                                                                       |  |                                              |  |
| 30 - Documento                                                                                                                                                          |  |                                              |  |
| 001 - CNES                                                                                                                                                              |  |                                              |  |
| 31 - Nº do Documento (CNS/CPF do Profissional Solicitante/Assistente)                                                                                                   |  |                                              |  |
| 988016278437633                                                                                                                                                         |  |                                              |  |
| 32 - Data de Solicitação                                                                                                                                                |  |                                              |  |
| 30/10/2019                                                                                                                                                              |  |                                              |  |
| 33 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)                                                                                                                  |  |                                              |  |
| 16339                                                                                                                                                                   |  |                                              |  |
| 34 - Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violências)                                                                                                     |  |                                              |  |
| 35 - CNPJ Seguradora                                                                                                                                                    |  |                                              |  |
| 36 - Nº Boleto                                                                                                                                                          |  |                                              |  |
| 37 - CNPJ Empresa                                                                                                                                                       |  |                                              |  |
| 38 - CNES Empresa                                                                                                                                                       |  |                                              |  |
| 39 - CNES Empresa                                                                                                                                                       |  |                                              |  |
| 40 - CBOR                                                                                                                                                               |  |                                              |  |
| 41 - Vínculo com a Previdência                                                                                                                                          |  |                                              |  |
| 42 - Empregado                                                                                                                                                          |  |                                              |  |
| 43 - Empregador                                                                                                                                                         |  |                                              |  |
| 44 - Autônomo                                                                                                                                                           |  |                                              |  |
| 45 - Desempregado                                                                                                                                                       |  |                                              |  |
| 46 - Aposentado                                                                                                                                                         |  |                                              |  |
| 47 - Não Segurado                                                                                                                                                       |  |                                              |  |
| 48 - Nome do Profissional Autorizador                                                                                                                                   |  |                                              |  |
| 49 - Cod. Órgão Emissor                                                                                                                                                 |  |                                              |  |
| E780000001                                                                                                                                                              |  |                                              |  |
| 50 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)                                                                                                                   |  |                                              |  |
| 261910222344-1                                                                                                                                                          |  |                                              |  |
| 51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)                                                                                                                  |  |                                              |  |
| Traumatologia / Ortopedia                                                                                                                                               |  |                                              |  |
| CRM 20671 TBO 15668                                                                                                                                                     |  |                                              |  |





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 501719

Data e Hora: 30/10/2019 08:38

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 130859 RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS Sexo: MASCULINO  
Nome Social:  
Data do Nascimento: 24/10/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Nome da Mãe: LUCINEIDE MARIA DE VASCONCELOS Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346  
Endereço: RUA DA REDE ELETRICA 170 Bairro: JARDIM PAULISTA  
Cidade/UF: PAULISTA PE Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

Nr Documento Estrangeiro:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Doi com dor no joelho direito há 10 dias, piora com movimento de flexão e extensão. Sem trauma recente. Não há febre, náusea ou vômito.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Lesão ligamentar grau II no joelho direito. Excluir osteoartrite.

Prescrição Médica

Medicamentos: [REDACTED]  
Fisioterapia: [REDACTED]  
Outros: [REDACTED]

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência  
( ) Transferido Para  
( ) Encaminhado ao setor de internação

Senha: \_\_\_\_\_



**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 30/10/2019

Hora: 18:26

Aviação de Cirurgia: 60585

Paciente: 130859

Convênio Atendi: 1

Lote: 478

Dt. Início: 30/10/2019 17:20

Cid Pré-Operatório: S625

Cid Pós-Operatório:

Sala: 0003

SALA-03

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

SUS - INTERNAÇÃO

VERMELHO - EXTRA 013

Dt. Fim: 30/10/2019 18:15

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Atendimento: 601750

Carteria

Idade: 32 Anos

Procedimento: 0406020431

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RADIO / DA ULNA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNAÇÃO

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

15483 - HUGO FREITAS DE ARAUJO

6010 - TEREZA CRISTINA DA SILVA

**Descrição Cirúrgica:**

OPERADOR: HUGO FREITAS

1º AUXILIAR: LIVIO (R4)

2º AUXILIAR: SAMUEL (R2)

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: DRA TEREZA

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO + RAQUIANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB INDUÇÃO ANESTÉSICA
2. ASSÉPSIA E ANTISEPSIA
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM FACE ANTERIOR DO PUNHO D, MEDINDO CERCA DE 10 CM
5. DIVULSAO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DE RADIO
6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE RADIO E FIXAÇÃO COM PLACA VOLAR E TRÊS PARAFUSOS CORTICAIS
7. FIXAÇÃO DE FRAGMENTO DISTAL COM FK 2.0
8. VERIFICAÇÃO DE POSIÇÃO ADEQUADA DE FOCO DE FRATURA E IMPLANTE EM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
9. LAVAGEM DE FOCO UTILIZANDO SF(0,9%)
10. SUTURA POR PLANOS ATÉ PELE UTILIZANDO VYCRIL 3.0 E MONONYLON 4.0
11. LAVAGEM DE FOCO DE FRATURA DE PATELA (POR ABRASÃO) COM SF(0,9%)
12. SUTURA DE PELE UTILIZANDO MONONYLON 4.0
13. COLOCAÇÃO DE CURATIVO COM ADAPTIC E SULFADIAZINA DE PRATA
14. COLOCAÇÃO DE TALA LUVA

ATO CONCLUÍDO SEM INTEROCORRÊNCIAS

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): HUGO FREITAS DE ARAUJO  
CRM: 15483

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 30/10/2019

Hora: 18:40

Aviso de Cirurgia: 60808

Paciente: 150889

Convênio: 001

Leito: 479

Dt. Início: 30/10/2019 17:30

Cid Pré-Operatório: S820

Cid Pós-Operatório:

Sala: 0003 SALA 03

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

SUS - INTERNAÇÃO

VERMELHO - EXTRA 013

Dt. Fim: 30/10/2019 18:40

FRATURA DA ROTULA (PATELA)

Atendimento: 601750

Carteira

Idade: 32 Anos

Procedimento: 0400080527

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNAÇÃO

RAQUIANESTESIA

JRGIAO

ANESTESISTA

15483 - HUGO FREITAS DE ARAUJO

8010 - TEREZA CRISTINA DA SILVA

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA POR ABRASAO DE PATELA ESQUERDA + FERIMENTO EM HALUX ESQUERDO  
CIRURGIA: LC+DC+SUTURA  
CIRURGIAO: DR HUGO  
1º AUXILIO: DR SAMUEL  
ANESTESISTA: DRA TEREZA  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO MIE;
3. APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. OBSERVADO FERIMENTO EM REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO E DORSO DO HALUX ESQUERDO;
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% 6.000 ML;
6. DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO;
7. SUTURA POR PLANOS;  
CURATIVO:  
BOA PERFUSÃO DISTAL MIE

**Atos Cirúrgicos:****Descrição Complementar**DR(A): HUGO FREITAS DE ARAUJO  
CRM: 15483

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR





PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE  
MIGUEL ARRAS



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL  
PROF. FERNANDO FIGUEIRA

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

REG: 130859

IDADE: 32 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 30/10/2019

DATA DA ALTA: 31/10/19

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO + FRATURA POR ADRASÃO EM PATELA ESQ E FERIMENTO EM MÁLUX ESQ

### TRATAMENTO REALIZADO:

- 30/10/2019: RFI COM PLACA E PARAFUSO + FIOK EM RADIO DISTAL DIREITO + LIMPEZA E DEBRIDAMENTO EM PATELA E MÁLUX ESQ

### ORIENTAÇÕES:

- ➔ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR HUGO FREITAS EM 1 SEMANA
- ➔ REALIZAR TROCA DE CURATIVO EM DIAS ALTERNADOS NA UNIDADE BÁSICA (UBF)
- ➔ MANTER TALA EM MSD
- ➔ FAZER USO DE CEFALEXINA POR 07 DIAS
- ➔ PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA
- ➔ RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENÇA, DOR IMPORTANTE

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO ☐ CIRURGIA PLÁSTICA

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E DATA

Dr. Costa Neto  
Clínica de Ortopedia  
30/10/2019

Estrada da Fazendinha, 5/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





**LEITO**

**Claudio Costa Neto**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 24.749



DE LA MIGUEL ANTONIO



# EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Roberto Henrique de Vasconcelos

Clinica:

Registro:

Exame físico:

Leito:

Data/Hora

13/11/2019

# Carga de Hú

# Exame de Urina D

# 24 Horas de Urina

Exame físico sem alterações significativas  
Exame de Urina sem alterações  
Exame de Urina sem alterações  
Exame de Urina sem alterações  
Exame de Urina sem alterações

Hugo Pontes de Araújo

Ortopedia / Traumatologia

CRM 12.345.678-9

Carimbo



Atendimento: 501750

De Atendimento: 30/10/2019 07:59

De Alta: 31/10/2019 14:12

Paciente: 130859

RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 71 ORTL-511-LEITO 003

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 - ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLEB

CID:

Procedimento de Alta: 0301080070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ALYNE KARMEM DE LIMA BARBOZA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÁES DE ALENÇAR



Protocolo de Encaminhamento

|                                                                                                                             |                  |                                                                         |  |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|
| Causa Externa: Acidente/Violência ( )<br>Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( ) |                  | TIPO DE OCORRÊNCIA<br>Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) |  | SENHA 327618                       |
| Nome do Paciente: <u>RODRIGO RODOLFO MENEZES DE VASCONCELOS</u>                                                             |                  | IDENTIFICAÇÃO                                                           |  | Idade: <u>32</u>                   |
| Sexo: M ( ) F ( )                                                                                                           | Profissão: _____ | Fone: _____                                                             |  |                                    |
| Endereço Residencial: _____                                                                                                 |                  | Bairro: <u>IMIP</u>                                                     |  |                                    |
| Cidade: <u>Recife</u>                                                                                                       |                  |                                                                         |  |                                    |
| CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)                                                                                          |                  |                                                                         |  |                                    |
| Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passageiro ( ) Motociclista ( )                                      |                  |                                                                         |  |                                    |
| Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )                                                                                    |                  |                                                                         |  |                                    |
| Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S ( ) N ( )           |                  |                                                                         |  |                                    |
| Motociclista: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )                                                  |                  |                                                                         |  |                                    |
| Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )                                                                              |                  |                                                                         |  |                                    |
| Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: _____                                                      |                  |                                                                         |  |                                    |
| Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )                                                                               |                  |                                                                         |  |                                    |
| Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )                                                                            |                  |                                                                         |  |                                    |
| Queda: ( ) Altura Aproximada _____ Metros ( ) Queda da Própria Altura                                                       |                  |                                                                         |  |                                    |
| Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo _____ ( ) Arma Branca/Tipo: _____                                                      |                  |                                                                         |  |                                    |
| Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: _____                                                                 |                  |                                                                         |  |                                    |
| Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejecção ( ) Capotamento               |                  |                                                                         |  |                                    |
| História Clínica Atual: <u>Doença crônica</u>                                                                               |                  |                                                                         |  |                                    |
| CAUSAS CLÍNICAS                                                                                                             |                  |                                                                         |  |                                    |
| Hipótese Diagnóstica: <u>Doença crônica</u>                                                                                 |                  |                                                                         |  |                                    |
| AVALIAÇÃO CLÍNICA                                                                                                           |                  |                                                                         |  |                                    |
| Glicemia Capilar (HGT): _____                                                                                               |                  | Temperatura: _____                                                      |  | F.C.: _____                        |
| Vias Aéreas: FR _____                                                                                                       |                  | Dispneia S ( ) N ( )                                                    |  | PA: _____                          |
| Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( )                                                                                           |                  | Tiragem Intercoastais S ( ) N ( )                                       |  | Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( ) |
| Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )                                                                                           |                  | Deformidade do Tórax: S ( ) N ( )                                       |  | Geraldo/Estador: S ( ) N ( )       |
| Agitação Psicomotora: S ( ) N ( )                                                                                           |                  | Lesões de face: S ( ) N ( )                                             |  | Retração Xifóide: S ( ) N ( )      |
| Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( )                                                                                |                  | Sulcos Cardíacos: Normofonéticos ( )                                    |  | Hipofonéticos ( )                  |
| Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( )                                                                                            |                  | Filtragem ( ) Fino ( )                                                  |  |                                    |
| Coloração da Pele: Normocorada ( )                                                                                          |                  | Palidez ( )                                                             |  | Cianose ( )                        |
| Sudorese: S ( ) N ( )                                                                                                       |                  | Desidratado: S ( ) N ( )                                                |  | Íctérico: S ( ) N ( )              |

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100







Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **066.937.214-51**

Nome: **RODOLFO HENRIQUE DE VASCONCELOS**

Data de Nascimento: **24/10/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **22/04/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:24:35** do dia **20/12/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **8E41.993D.C9EB.17A5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

20/12/2019 18:24



