



Número: **0010715-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARIA DAS GRACAS DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)</b>	
<b>CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62994 300	04/06/2020 11:23	<a href="#"><u>2724355_CONTESTACAO_01</u></a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00107156920208172001

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

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

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**, 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 **07/07/2019**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/11/2019**.**

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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.

**CUMPRE ACRESCENTAR QUE A PARTE AUTORA JÁ RECEBEU DA RÉ O VALOR DE R\$2.531,25 REFERENTE A ACIDENTE SOFRIDO EM 02/09/2017 ONDE ADQUIRIU LESÃO NO COTOVELO ESQUERDO.**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235092100000061846752>  
Número do documento: 20060411235092100000061846752

Num. 62994300 - Pág. 1

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

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

## **DO MÉRITO**

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>1</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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

### **DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução

<sup>1</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)



da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. É exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

#### **DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada IMPROCEDENTE.

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>2</sup>.

<sup>2</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

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



No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>3</sup>.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

#### **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>4</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>5</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.

---

11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>3</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.”

<sup>4</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>5</sup>**art. 1º. (...)**

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



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

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

### CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

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

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

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

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235092100000061846752>  
Número do documento: 20060411235092100000061846752

Num. 62994300 - Pág. 5

## 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 graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

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

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

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



**TABELA DE GRAADAÇÃO**

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



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**, em curso perante a **17ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00107156920208172001.

Rio de Janeiro, 27 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235092100000061846752>  
Número do documento: 20060411235092100000061846752

Num. 62994300 - Pág. 8



Número: **0010715-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARIA DAS GRACAS DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)</b>	
<b>CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62994 301	04/06/2020 11:23	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

3190664548

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF 765 321 354-53 NIS 16382181375

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
083150849	ÚNICA	29/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/10/2019	2000557444	1847706

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA TOME BISPO 196

COMPESA/LAGOA DOS GATOS  
LAGOA DOS GATOS PE  
55450-000

CONT. CONTRATO	MÊS/ANO
1046499022	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
05/11/2019	28/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	115,96

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,27049070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,48369834	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	81,000000	0,69554752	56,33
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,42
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Itum. Pública Municipal			12,94
ICMS Subvenção-CDE-NF 075438380-28/08/19			0,87

(81) 99304-6399

(81) 99304-6447

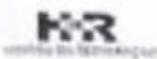
Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 1



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

### **Ficha de Atendimento**

**Número do Atendimento**

1451014		Data e Hora de Atendimento: 07/07/2019 17:06	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b>
		Atendimento Manual	
Nº Prontuário: 1684932	Paciente: <b>MARIA DAS GRACAS DA SILVA</b>	Nº. Social:	
Data de nascimento: 08/05/1959	Idade: 50a 1m 29d	Sexo: <b>FEMININO</b>	
Estado Civil: <b>CASADO</b>	Profissão:	Acompanhante: <b>PAULO RICARDO GOMES DO</b>	
DOC ID / Data expedição 4090263 / 11-Jan-89	Mãe: <b>JOSEFA MARIA DA SILVA</b> Pai: <b>CICERO JOSE DA SILVA</b>	Cartão SUS: 703405826464300	
Endereço: <b>RUA JOSE TOME BISPO</b> Bairro: <b>COMPESA</b> Cidade: <b>LAGOA DOS GATOS</b>		Número: <b>196</b> Complemento:	
		UF: <b>PE</b>	Telefone: <b>982141651</b>
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: <b>ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLIBAO) / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)</b>			
Procedência: <b>OUTRO HOSPITAL</b>			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:	Fones:		Assistente Social
Confirmação de endereço:			
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>			Assistente Social
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tuteular <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Pùblico <input type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/>			
Observação:			

Historia Clínica

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DE EMERGÊNCIA  
DATA 07/01/19 HORA: \_\_\_\_\_

MEDICO		Atendimento Médico								
Perda de consciência:	Sim	Perda Evanescente:	Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Acidente de Trabalho:	Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Tipo:	Transporte realizado Por:						
Imobilização Cervical:	Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sofreu Queda:	Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Altura:				
Condições de Imobilização adequadas:	Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Por Quê?							
Exame Físico:										
A. Geral	Via aérea está pélvia			Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	O paciente fala	Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Temp:
E.G.B. (ORAS, HORMONE, SENSIBIL, DIFUSAS)										
B. Respiratório	MVR = 14T, SIRA									
C. Circulatório	PA	X	mm	Pulso:			bpm			
SCH - 25, BNP 7 mmol/L FC 80 bpm										

APGID BAIXAR



## Ficha de Atendimento

## Número do Atendimento

D. Exame Neurológico:	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas
Diásgow: Abertura Ocular Esquerda: Hora:	Diásgow: Resposta Visual Esquerda: Hora:

CC6.15

## E. Exposição/Abdômen:

ABD: Bco - gástrico, hepático, biliar, SISTEMA  
Linfático, doloroso e descompõe-se.  
Sem dor à descompressão.

 Diagnóstico inicial: ① *Peritonite*

Cod. Procedimento

 Conduta: ① Sol. Tt. febre, uso de ereto  
② Bc. n/ct.

SES - HOSPITAL DA RESTAURACIÓN  
TOMOGRAFIA DA ENERGIA  
Ass. Médico  
DATA: 11/07/2020  
MÉDICO \_\_\_\_\_  
TÉCNICO \_\_\_\_\_  
EXAME \_\_\_\_\_  
CONTRASTE \_\_\_\_\_

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem

## Definição do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evadiu-se  Alta  
Internado na Clínica \_\_\_\_\_  
Transferido para: \_\_\_\_\_

## Condição de Alta:

Curado  Melhorado  
 Inalterado  Piorado  
 Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: CRM: *Rita Mota CRM-19281-PE* Médica: *Neurocirurgia* Data: *07-07-19* Hora: *15:52:5*  
Médico: \_\_\_\_\_

## Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 07-Jul-19



# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 07/07/2019 16:57

Nome Paciente:	MARIA DAS GRACAS DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	08/05/1969
Sexo:	Feminino
Idade:	50
Senha:	U0038
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 07/07/2019 16:58 - 07/07/2019 17:00

SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Quilômetro Principal: QUEDA DE MOTO, HÁ CERCA DE 8 HORAS, ERA GARUPA, COM CAPACETE, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESCORIAÇÕES

Observação: PA 130/90, LAGOA DOS GATOS COM SENHA 5722263

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos:  
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 5

07/07/19  
16:55

# CIP 6880C #  
→ Reação bráquica que volta comum. TC 130 mm  
mm d. 120 mm na base da língua de náusea. Pálpebras  
muito inchadas

Pa: 86, P: 70, T: 37,5°C, R: 18, Saturação: 98%  
AP: 100 mmHg, ACG: 94 mmHg, Pco2: 38 mmHg

ABD: Abdominal, difusivo, intensa, gástrica

• CO: I Alta da Cx. gástrica

Lucas Cordeiro  
Medico  
CRM-PE 21678

MP-06 + Dr. Rosa

Assinado(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 07/07/2019 17:00



RECEITUÁRIO

24941

DATA: 7/7/2018

NOME: Maria das Flores de Britto

5722263.  
Neurologia H. Neshun

Pete no cue, vícere.

do canente do moto.

TCE rego Penedo.

Ante, e costela amed

edlundo com "tontos."

na mala de deito,

vômitos.

Glófex - 15 4PT-186

Set - 96 AA.

PA - 130/90 - medias

Fei 72:

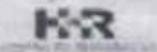
Solutio - ouvem pde.

Neurologia -

Morais e Silveira Reis  
CRM-PE: 25621

ASSINATURA DO MÉDICO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

NCR  
6/026660009

ETIQUETA  
0206032237  
0206032279  
0206032012

TC

Número do Atendimento

1451014

Data e Hora do Atendimento:  
07/07/2019 17:06

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL  
Atendimento Manual:

Nº Prontuário: 1684932 Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
Data de nascimento: 08/05/1969 Idade: 50a 1m 29d

Nm. Social:  
Sexo: FEMININO

Estado Civil: CASADO Profissão: Acompanhante: PAULO RICARDO GOMES DO

DOC ID / Data expedição: 4090263 / 11-Jan-89 Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA  
Pai: CICERO JOSE DA SILVA

Cartão SUS: 703405826464300

Endereço: RUA JOSE TOME BISPO Número: 196  
Bairro: COMPESA Complemento:

Cidade: LAGOA DOS GATOS UF: PE Telefone: 982141851

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências: Alta  Caso Social

Encaminhamentos: Rede de Apoio  GPCA  Cons. Tutelar  Delegacias  Minist. Pùblico

Outros:

Observação: Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de acidente motorizado fm 16h, caindo com  
impacto na nuca e na face.

HCS - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOURADA - NERA DA EMERGENCIA  
DATA: 07/07/19 HORA: \_\_\_\_\_

SERVIÇO EXECUTADO  
CONTAS MEDICAS FADIGAMENTO

Atendimento Médico: *Informado*

Perda de consciente: Sim  Choque Eléctrico: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não

Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo: Transporte realizado Por:

Inobilização Clínica: Sim  Não  Sofreu Queda: Sim  Não  Altura:

Condições de mobilização adequadas: Sim  Não  Por Quê?

Exame Físico:

A. Geral: Vias aéreas estão livres: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Timp:

FC: 60, T: 36,9, A: 18, P: 80, S: 100, R: 12, SpO2: 98%

B. Respiratório: M: V: 60, m: 40, S: 12, R: 12, SpO2: 98%

C. Circulatório: PA: 120/80 mm Hg, P: 80 bpm, Fc: 60 bpm

ECG: 27, BNP: 97000, FC: 60 bpm

APGAR: 10/10/10/10/10  
FUNDIONARIO



## Ficha de Atendimento

## Número do Atendimento

D. Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Diagnóstico: Abertura Ocular Estática	Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora	Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora
EEG/15		

## E. Exposição/Abdômen:

ABD: Bilio-gástrico, abdominal, ótima, S1K2M  
Sem dor e distensão. 4 dias, descreve a hiperemia na C1.

Diagnóstico Inicial: <input checked="" type="checkbox"/> Polidipsia	Cod. Procedimento
---	-------------------

Conduta: <input checked="" type="checkbox"/> SAI T1 febre, dor, dor no crânio <input checked="" type="checkbox"/> SAI de alta	SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO TOMOGRAFIA DA ENCEfalopatia Ass. Médico _____ DATA _____ MÉDICO _____ TECNICO _____ EXAME _____ CONTRASTE _____
--	--

Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
-------------------------	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica Transferido para _____	<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Médico _____ CRM: _____	Neurocirurgião: _____ CRM: _____ Hora: _____
--	--

Termo de responsabilidade para Internamento: - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.	Nome completo legível: _____ Assinatura: _____
---	---

Data: _____ No. da identidade: _____	Nome completo legível: _____ Assinatura: _____
---	---

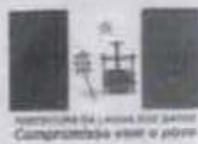
Termo de responsabilidade de alta a pedido: - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.	Nome completo legível: _____ Assinatura: _____
--	---

Data: _____ No. da identidade: _____	Nome completo legível: _____ Assinatura: _____
---	---

Data e Hora Impressão: 07-Jul-19



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
LAGOA DOS GATOS - PE  
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

24741

DATA: 7/7/2018

NOME:

Maria de Fátima de Brito

5722263

Neurologia H. Mestruini

Pote roxo, vómito.

↓ curense de mero.

TCE regis Penelula.

Dente, e costela arredondada com "fontes".

Na m. dura. de dente,

vômitos.

Glofles - 15 487-186

Set - 96 AA.

PA - 130/90 - maturas

Fe: 72:

Soluto - ouvem jde.

Neurologia

Marcos Siqueira Rejoes  
CRM-PE: 25824

ASSINATURA DO MÉDICO



## HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 07/07/2019 16:57

Nome Paciente:	MARIA DAS GRACAS DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	08/05/1969
Sexo:	Feminino
Idade:	50
Senha:	U0038
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Page 6 of 10 - Printed: 07/07/2019 16:58 - 07/07/2019 17:00

SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107125 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Provável	<b>AMARELO - URGENTE</b>
Cor	<b>AMARELO</b>
Quinto Principiar	QUEDA DE MOTO, HÁ CERCA DE 8 HORAS. ERA GARUPA, COM CAPACETE, REFERE PERDA DE CONSCIENCIA, ESCORIAÇÕES
Observação	PA 130/90, LAGOA DOS GATOS COM SENHA 5722263
Fluxograma sintoma	TRAUMA MAIOR
Discriminado(es)	- HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?
Especialidade	NEUROCIRURGIA ADULTO
Quinto Mais Lidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15</li> <li>- REGUA DE DOR: 5</li> </ul>

0-7071-02

1882

井 C11. 6900c 中

→ Recast. facete din valga sârului. To. 0300 m.  
număr de 150000 de lemn de salcie. Păduri născute.

Dr. von EGB. Lamm, Möncheng, KÖLN  
D.D. 8. 1917. NOV. 1917 F. 1. 8. 1917  
LSD: Cholera, dysentery, in Rio, Yucan

• 100 Alta da Cingal

Lucia Celic-Vergaz  
Milano  
030-66 77676

11678  
1926 + Dr. R. G.

SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impronta: 07/07/2019 17:00

Capítulo 10: Clasificación de Riesgo

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 9

09107109

P. N. R. H.

19635

Parecer:

histórico da Reação da

pele na 12h, com perda de  
consistência, sem erupções.

tax. de ferro. O leucó  
eritroc. 1.100.000 e o dif. de  
sua formação.

nos TLE 1 pol. e 1

nos ALH 1.000.000 de neutróf.

*Antônio Mello Junior - De  
Neurocirurgião*



118

**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco**  
**Hospital da Restauração**

12  
Bracebridge  
So of 19 of 50

## Ficha de Atendimento

## ETIQUETA

**Número do Registro**

1422523		Data e Hora de Atendimento: 06/05/2019 00:45	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Paciente: 1677216 Data de nascimento: 02/12/1995	Paciente: JUSSIARIA MARIA BATISTA DA SILVA Idade: 23a 5m 3d	Atendimento Manual	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante:	Sexo: FEMININO
DOC ID / Data expedição: 9854610 / 16-Jul-15	Mãe: ELIANA DA SILVA Pai: JOAO BATISTA DA SILVA	Acompanhante: LUCIANA MARIA DA SILVA	
Endereço: TRAVESSA JERNIMO DE ALBUQUERQUE Bairro: SALGADO Cidade: CARUARU		Cartão SUS: 898003435964709 Número: 8 Complemento: UF: PE Telefone: 892194881	
Ocorrências: (Trancamento, Morte, etc.)			
Motivo do atendimento: COLISAO VEICULO COM MOTO			
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome: JUSSIARIA MARIA DA SILVA		Fones:	
Confirmação de endereço: Rua Jernimo de Albuquerque, 100, Centro, Caruaru		Assistente Social: M. R. M. (Assistente Social)	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Assistente Social: M. R. M. (Assistente Social)	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons-Tuteir <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Pùblico <input type="checkbox"/>		Assistente Social: M. R. M. (Assistente Social)	
Outros <input type="checkbox"/> (Pete contate sua agencia de clemencia)		Assistente Social: M. R. M. (Assistente Social)	
Observação: (se for necessario) (se for necessario) (se for necessario) (se for necessario)			
Assistente Social: M. R. M. (Assistente Social)			
História Clínica: (se for necessario) (se for necessario) (se for necessario) (se for necessario)			
FATURADO			
Atendimento Médico Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Erótico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Condições de Imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Que?			

FATURADO

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA  
DATA: 20/07/15 HORA:  
MÉDICO:  
TÉCNICO: Danielle  
EXAME: Crânio + braço d.  
CONTRASTE: \_\_\_\_\_



### RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CRM: _____ UF: _____ N°: _____	
Endereço:	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: ( ) _____	

1º VIA FARMÁCIA

2º VIA PACIENTE

Paciente: *Maria das Graças da Silva*

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição:

*Dexokane (500mg) — 16*  
*3cp Vo 1a 112h*

*Gandenol (100mg) — 16*  
*3cp Vo 1a 112h*

*Victor Cordeiro*  
*Oficina de Farmácia*  
*CREME/SC 2014*

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	Data





**PREFEITURA MUNICIPAL DA  
LAGOA DOS GATOS - PE**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

1ª VIA - FARMÁCIA  
2ª VIA - PACIENTE

**NOME COMPLETO:** Prefeitura Municipal de Lagoa dos Gatos  
Secretaria de Saúde - Programa de Saúde Mental

**End.:** Rua São Sebastião, S/N - Centro - Lagoa dos Gatos  
**CNPJ:** 11.425.769/0001-78

**PACIENTE:** *Monica S. f. - 1.º filh.*

**ENDEREÇO:** *Centro*

**PRESCRIÇÃO:** *acetaminofen 500 mg*

*Margarita Sigler Rejane*  
CRM-PE: 25924

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **ÓRG. EMIS.:** \_\_\_\_\_

**END:** \_\_\_\_\_

**CIDADE:** \_\_\_\_\_

**ESTADO:** \_\_\_\_\_

**FONE:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO FARMACÊUTICO**

**DATA:** *1/1/20*

Scanned by CamScanner



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

7/7/19

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Maria das Graças da Silva

LESÕES RELEVANTES DO ACIDENTE:

TCE

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Treatmento conservador TCE  
ADo 4/7/19

ALTA MÉDICA:

SIM  NÃO

EXISTE ALGUM DEFÉ OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?  SIM  NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO  
 INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

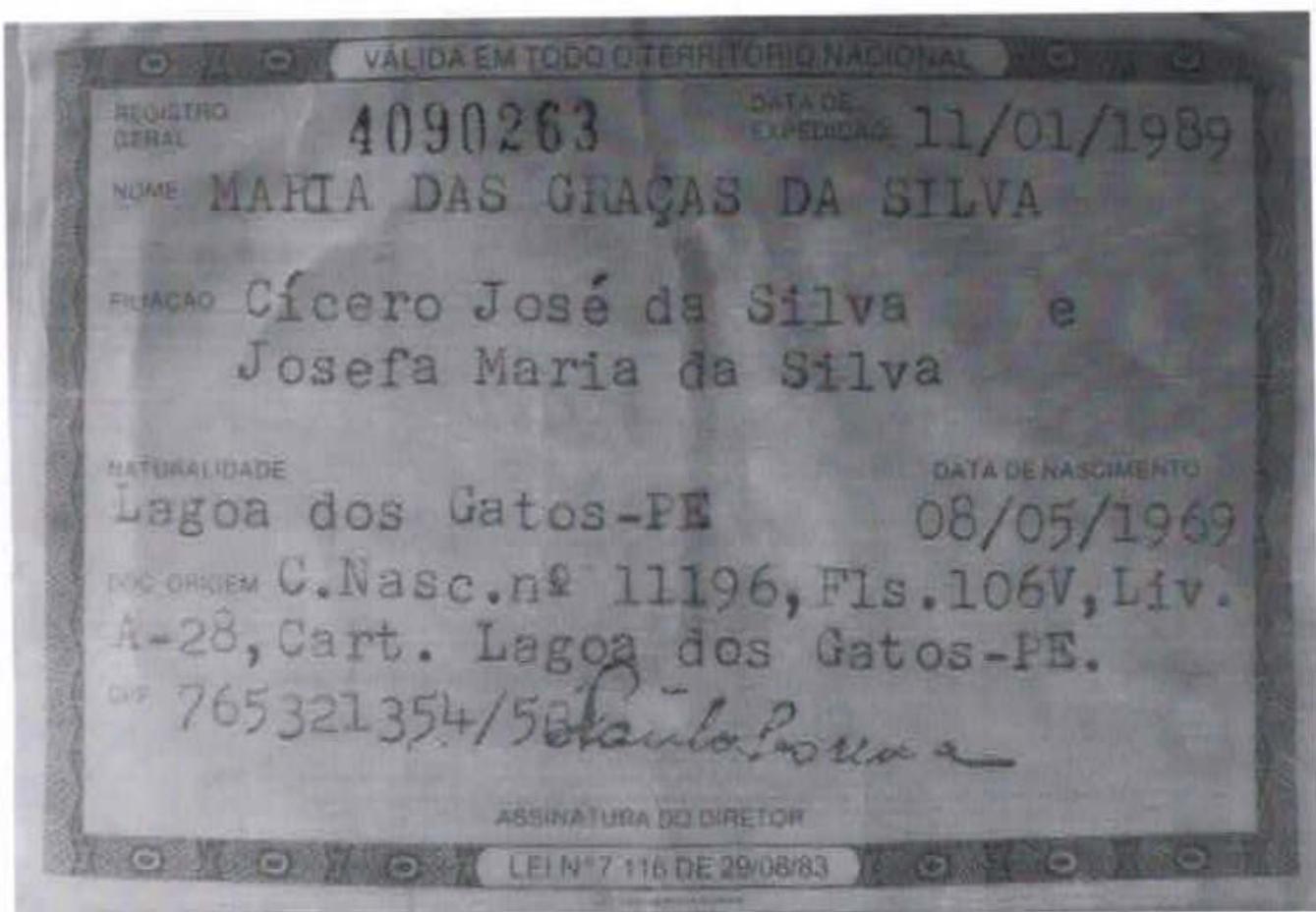
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Traumatismo / lesões Traumatiz. (em Tudo)  
2º N/A Nada (não) Traumatiz. (não) de (não) nenhuma  
3º N/A Nada (não) Traumatiz. (não) de (não) nenhuma  
4º N/A Nada (não) Traumatiz. (não) de (não) nenhuma  
5º N/A Nada (não) Traumatiz. (não) de (não) nenhuma

PERÍODO DE AVALIAÇÃO DA VÍTIMA NO PÉRIODO DE Convenção A 08/07/2019, SAUDE MUNICIPAL - RECIFE, Dr. Rosana C. Sobral  
Médica  
CRMPE 20342  
Assinatura e Cachorro





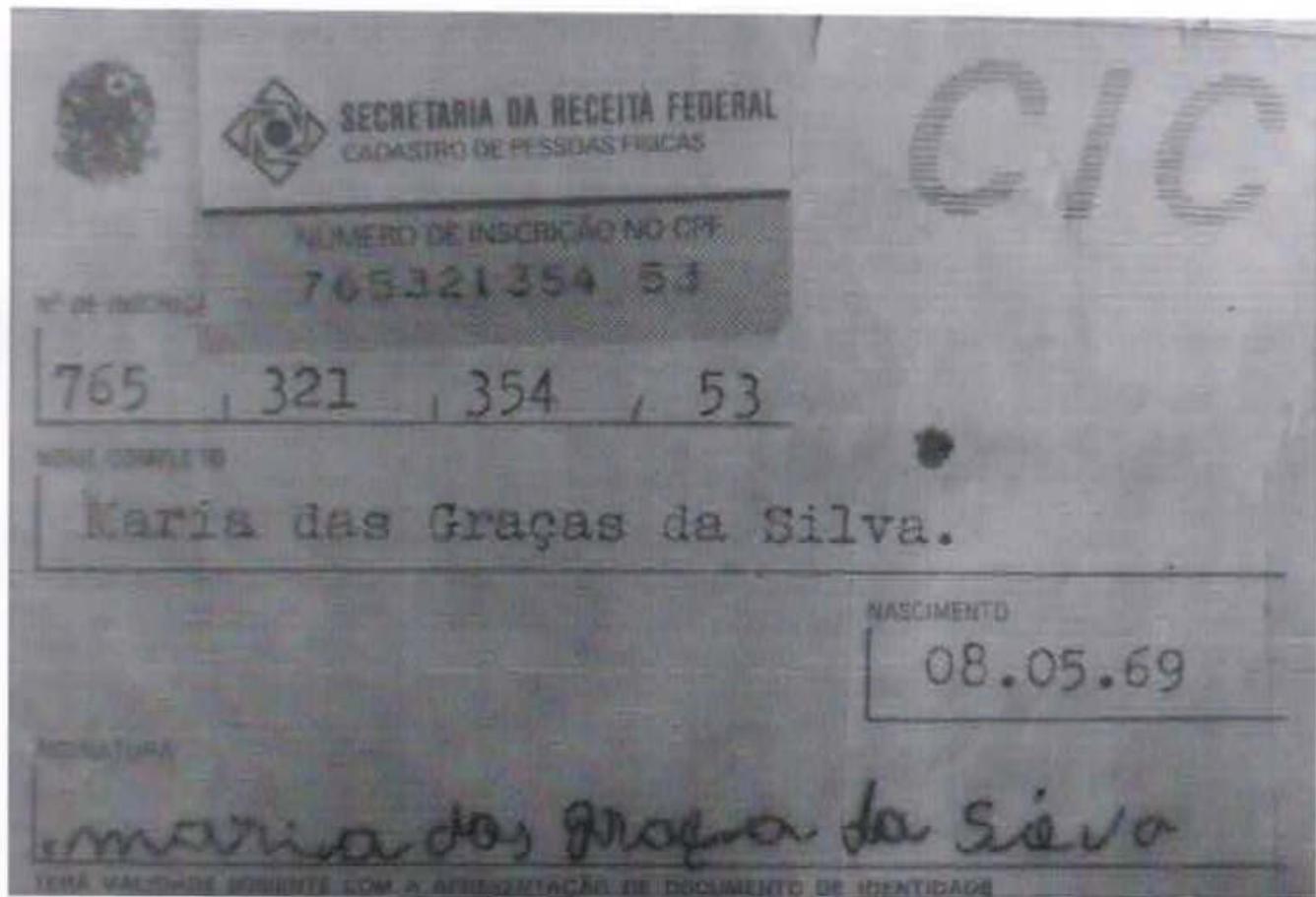


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 16



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 17

**Placa: PGM-7933**

**Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA**

**Marca/ Modelo:**

**HONDA/NXR150 BROS ESD**

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2  
/ 0 / 149**

**Cor predominante: VERMELHA**

**Chassi: 9C2KD0540ER010069**

**Combustível: ALCO/GASOL**

**Ano fabricação/ Ano modelo:  
2013/2014**

**Categoria: PARTIC**

**Parcelamento/ Cotas: 3 X 0.00**

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 18

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548      **Cidade:** Lagoa dos Gatos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA      **Data do acidente:** 07/07/2019      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSAO CEREBRAL SIMPLES

**Descrição do exame** AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇOES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.  
**físico:**

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE SEM SEQUELA NEUROLÓGICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 06/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548      **Cidade:** Lagoa dos Gatos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA      **Data do acidente:** 07/07/2019      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSAO CEREBRAL SIMPLES

**Descrição do exame** AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇOES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS. **físico:**

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE SEM SEQUELA NEUROLÓGICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 06/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548      **Cidade:** Lagoa dos Gatos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA      **Data do acidente:** 07/07/2019      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 04/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** (@ PÁG 13) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664548      **Cidade:** Lagoa dos Gatos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA      **Data do acidente:** 07/07/2019      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 04/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** (@ PÁG 13) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421760/19

**Número do Sinistro:** 3190664548

**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**CPF:** 765.321.354-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/07/2019

**Titular do CPF:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53**

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: 26/12/2019  
Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 765.321.354-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

---

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

---

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 23

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421760/19

**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**CPF:** 765.321.354-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/07/2019

**Titular do CPF:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 28/11/2019  
Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 765.321.354-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 24



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, 02 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190664548**      **Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/07/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

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





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190664548      Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

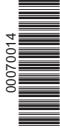
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 0002/0028 - carta\_02 - INVALIDEZ



00070014

Carta nº 15194288



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 26



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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190664548      Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

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

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00277/00278 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070139

Carta nº 15264952



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 27



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, 14 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190664548**      **Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA**  
**Data do Acidente: 07/07/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01759/01760 - carta\_04 - INVALIDEZ



00040880

Carta nº 153362684



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 28



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	465391354-53	Maria das Graças da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Endereço:	CPF:		
Profissão: <b>Recusen</b>	Avenida Tomé Bispo	Número: 316	Complemento: casa	
Bairro: <b>Pompeia</b>	Cidade: <b>Jacarepaguá</b>	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>255450-000</b>	Tel. (DDDD): <b>(21) 49304-6999</b>
E-mail: <b>RECUSEN</b>				

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Name do BANCO: _____
AGÊNCIA: <b>0993</b> <input type="checkbox"/> CONTA: <b>1000405</b> <b>5</b> (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

**INVALIDEZ PERMANENTE**  
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: <b>Jacarepaguá, 28.11.19</b> Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
(*) Assinatura de quem assina o RODO <b>Maria das Graças da Silva</b> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



NLT GAME/SCOPUS  
BRUNO LUIZ DL MOURA  
RUA DO COMERCIO 53  
CENTRO LAGOA DOS GATOS PE

V19.1 06/08/2019 11:03  
TERM 000001 LOJA 000010698700001

-----  
AUTE 77008  
DATA: 06/08/2019 HORA DE BRASILIA:11:03

DEPOSITO EM CONTA POUPANCA

FAVORECIDO  
BANCO : 237  
AGENCIA: 06993 - CUPIRA  
CONTA : 0000001000485-5  
NOME : MARIA DAS GRACAS DA SILVA

DEPOSITANTE : O PROPRIO  
FAVORECIDO  
VALOR EM DINHEIRO : 280,00  
VALOR EM CHEQUE : 0,00  
VALOR TOTAL : 280,00

AG.BRADESCO : 6993 - CUPIRA  
CORRESP.BANC.: 074 NET GAME  
NSU: 003311956061 AUTENTICACAO: 431419

O NET GAME ATUA COMO CORRESPONDENTE  
BANCARIO DO BANCO BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OLVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 30

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

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

Número do Sinistro: 3190664548  
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Gracas da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Tome Bispo, 196  
Compesa Lagoa dos Gatos PE CEP: 55450-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 4090863  
Data local do acidente: [ 07/07/2019 ]  
Data local do exame: [ 06/01/2020 ] Goiana [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSÃO CEREBRAL SIMPLES**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 07/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. O MESMO APRESENTAVA ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM ONDE NÃO EVIDENCIOU LESÕES INTRAPARENQUIMATOSAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

**Complicações:** PACIENTE APRESENTA CEFALÉIAS CONSTANTES COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS,  
Data da Alta: 07/07/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇÕES MOTORAS, AUTONÔMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.**

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

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

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

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

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

*Thiago Martins Formiga*

Dr. Thiago Martins Formiga  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ºCIRC  
 DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001278

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/11/2019** às **21:56**

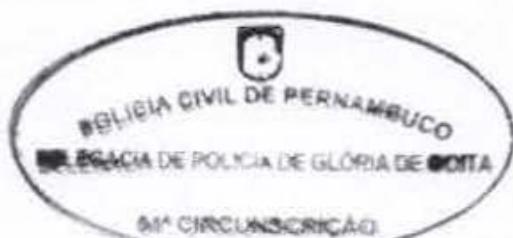
**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **7/7/2019** no período da **Manhã**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE COM VÍTIMA NÃO FATAL**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SITIO RAPOSO - LAGOA DOS GATOS - PE - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VILA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)**  
**IVO GOMES DE SOUZA (OUTRO)**  
**PAULO HENRIQUE GOMES (TESTEMUNHA)**  
**MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**  
**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (presente no plantão)** - Sexo: **Feminino** Nasc.: **JOSEFA MARIA DA SILVA** Pal: **CICERO JOSÉ DA SILVA** Data do Nascimento: **8/6/1968** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO** / **BRASIL** Documentos: **4890262/SSP/PE (RG) 78522125453 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º GRAU**  
**INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOMÉ BISPO - 196 - COMPESA. - CEP: 56480 - Bairro - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO / BRASIL**

**IVO GOMES DE SOUZA (não presente no plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO / BRASIL**

**PAULO HENRIQUE GOMES (não presente no plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO HENRIQUE GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**  
 Categoria/versão/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 Bros ESD** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

[18/11/2019 21]



Placa PGM7823 (PERMÍTUA/BUONÃO INFORMADO) Chassi 9C2KD0540ER010060  
Ano Fabricação/Modelo: 2013/NAO INFORMADO Combustível: ALCO/GASOL  
Descrição: MOTOCICLETA HONDA NXR 150 Bros ESB DE PÇACA PGM 7823

**VEÍCULO CARRO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sra) **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sra) **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/OUTRO/NAO INFORMADO Círculo apreendido: Não  
Cor: CINZA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Observação: VEÍCULO CARRO NÃO IDENTIFICADO CAUSADOR DO ACIDENTE

Complemento / Observação

AFIRMA A VITIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO SEU ESPOSO, QUE PASSAVA NA SITUAÇÃO LOCALIDADE, QUANDO UM VEÍCULO EM VELOCIDADE ENTRAVA DE MANEIRA CRUZADA NA ESTRADA, QUE O FECHOU, OCASIONANDO O ACIDENTE. O MOTORISTA NÃO PAROU E TAMBÉM NÃO PRESTOU SOCORRO, TENDO A VITIMA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DE LAGOA DOS GATOS E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR - EM RECIFE. DIANTE DO FATO, REGISTRA O PRESENTE BO.

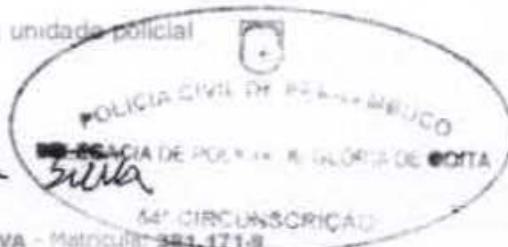
Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) esta unidade policial

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA  
(VITIMA)

*Maria das graças da Silva*

R.C. registrado por: JOSESON DOS SANTOS SILVA - Matrícula: 381.171-8

*Maria das graças da Silva*





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU: 465391354-53 Nome completo da vítima: *Monica das Graças de Silva*  
**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**  
 Nome completo: *Monica das Graças de Silva* CPF: 465391354-53  
 Profissão: *Recursen* Endereço: *Rua Tomé Bispo* Número: *316* Complemento: *lote 003*  
 Bairro: *Pompeia* Cidade: *Itapecerica das Graças* Estado: *PE* CEP: *335450-000*  
 E-mail: *recursen* Tel. (DDD): *(11) 99304-6999*

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

**RENDIMENTO MENSAL:**  
 RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos listados. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <b>0993</b> CONTA: <b>10000405</b> <b>5</b> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	Nascimento (se nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	

Local e Data: *Itapecerica das Graças, 28.11.19*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina o RG  
*Monica das Graças de Silva*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS:**  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intenso teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF: 765.321.354-53 NIS: 16382181375

**CLASSIFICAÇÃO**

BI RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

DATA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
083150849	ÚNICA	29/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/10/2019	2000557444	1847706

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA TOME BISPO 196

COMPESA/LAGOA DOS GATOS  
LAGOA DOS GATOS PE  
55450-000

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
1046499022	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
05/11/2019	28/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	115,96

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,27049070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,48369834	33,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	81,0000000	0,69554752	56,23
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,40
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Ium. Pública Municipal			12,94
ICMS Subvenção-CEE-NF 075438380-28/08/19			0,87

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235105100000061846753>  
Número do documento: 20060411235105100000061846753

Num. 62994301 - Pág. 35



Número: **0010715-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARIA DAS GRACAS DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)</b>	
<b>CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62994 302	04/06/2020 11:23	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>	Outros (Documento)



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria das Graças da Silva

RG nº 4090263, data de expedição 31/01/1989 Órgão SSP-PE,

CPF nº 765.321.354-53 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Tomé Biro</u>
Número	<u>196</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Comprea</u>
Cidade	<u>Lagoa dos Gatos</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55450-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9.9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lagoa dos Gatos, 06/11/17

Assinatura do Declarante: Maria das Graças da Silva

05.802.4947/0001-4

TRAÇÃO CORREIÓNA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Paulo Ricardo Gomes de Souza

RG nº 9.673.260, data de expedição 06/03/2013 Órgão S.D.S - PC

CPF nº 191.611.574.50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Tomé Bispo</u>
Número	<u>196</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Compera</u>
Cidade	<u>Boa Vista dos Gatos</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>554.50-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9.9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa Vista dos Gatos, 06/11/17

Assinatura do Declarante: Paulo Ricardo Gomes de Souza  
YVES CORDEIRO  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
PE/CE/PE





PREFEITURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GAIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DATA: 08/09/17 HORA: 13:43 REGISTRO: 143 180

NOME: Maria das Graças da Silveira

IDADE: 47 anos DATA DE NASCIMENTO: 08/05/69 SEXO:

ENDERECO: R. José Tomé, Bairro

NATURALIDADE: La. das Capelas PROFISSAO: Agropecuária COR:

RESPONSÁVEL: A. meia-irma IDENTIDADE:

CARTÃO DO SUS: FILIAÇÃO:

PESO: PA: 120x80 TEMPERATURA: PULSO: EC: FR:

QUESTÃO PRINCIPAL: HGT-198

DADOS CLÍNICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: MMSS (E) Otorreia

EXAMES SOLICITADOS: Inibição

TRATAMENTO PROPOSTO: Diclofenaco 2% - 100 mg - 100 ml

EXAME SOLICITADO: Demutarana 10 mg - 10 ml 14:32

Olaci Bernardino  
Estudante  
COREN 444577

EVOLUÇÃO PREDIÇÃO:

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 NOV. 2017

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Rua da Aurora, 10-175, 51.802-815  
Bela Vista - CEP: 50.060-010

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RECIFE-PE

DESTINO DO PACIENTE:

- INTERNADO PARA OBSERVAÇÃO
- LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
- ALTA PEDIADA

- LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
- TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE
- OBITO

TRANSFERIDO PARA:

João Bosco de Albuquerque  
MÉDICO  
CREMEEPE: 20.781







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr (a) Maria das Gracas da Silva Esteve Interno Nesta Unidade Hospitalar no período do dia 06/09/2017 e foi transferido para outra unidade hospitalar em 10/09/2017 com Registro Hospitalar: 305172 OBS: CID: Vitima de Acidente de Trânsito.

desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 06 de Outubro de 2017.

*[Handwritten signature]*  
Maria das Gracas da Silva Esteve  
Internado no Hospital Regional do Agreste  
CID: 305172 - OBS: Vítima de Acidente de Trânsito  
Data: 10/09/2017  
Setor de Arquivado (S.AME)

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORDEIRO ASSOCIADOS S.A.  
DE SEGUROS LTDA  
24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.



 **HOSPITAL**  
**JESUS PEQUENINO**

Assiso medico

A paciente Mayrê dos  
Gracos da Silva apresentava-se  
operada de fratura do calcâo  
do lado esquerdo.

figm 21/9/18

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

**05.802.494/0001-4**

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





Prezado:

Mais de Graças de Deus

Assinatura

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

05.802.494/0001-47  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235120200000061846754>  
Número do documento: 20060411235120200000061846754

Num. 62994302 - Pág. 9

NOVAC, Maria das Graças da SVE

REG: 115764

DIAGNÓSTICO: Fratura da calvça do cão seu esqueleto

TRATAMENTO: Fixação com parafusos de Herbert

DATA DA USURGIA: 08/09/2017

DATA: 09/09/2017

DATA DA VOLTA: 21/09/2017

ZIGOG DA MANHÃ

OBS:

2ª REVISÃO

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

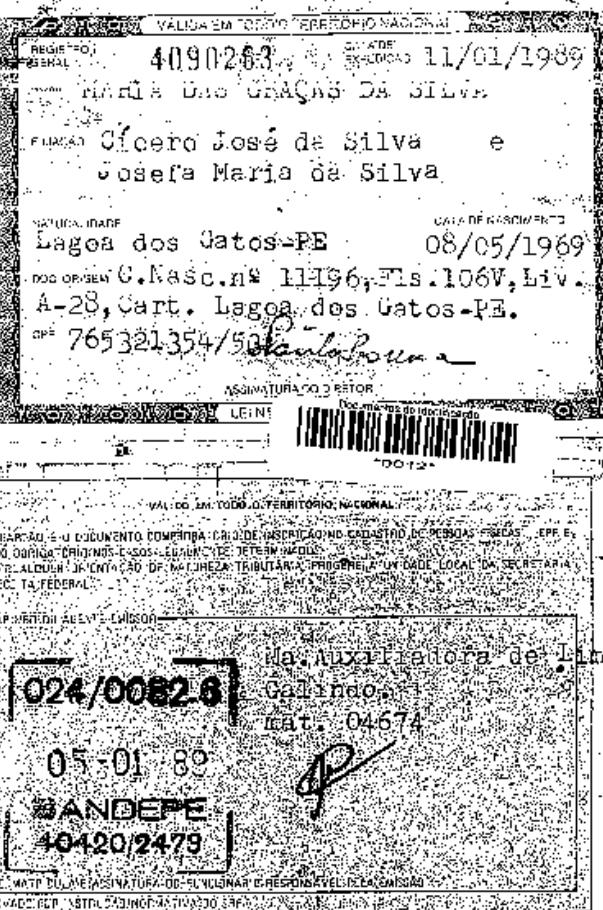
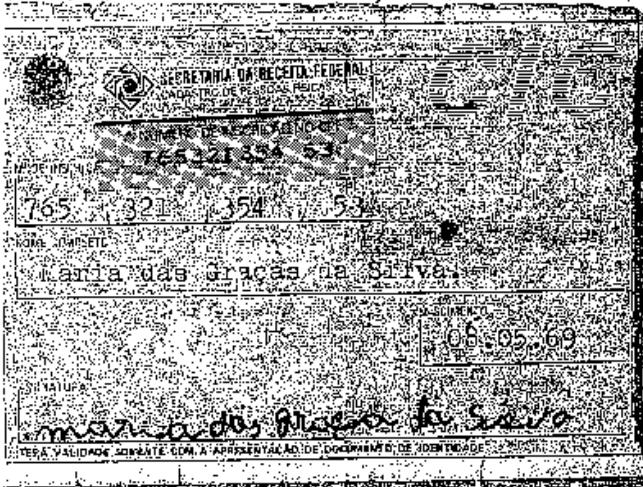
Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235120200000061846754>  
Número do documento: 20060411235120200000061846754

Num. 62994302 - Pág. 10



*(Handwritten signature over the card)*  
\* IN VALIDEZ \*

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

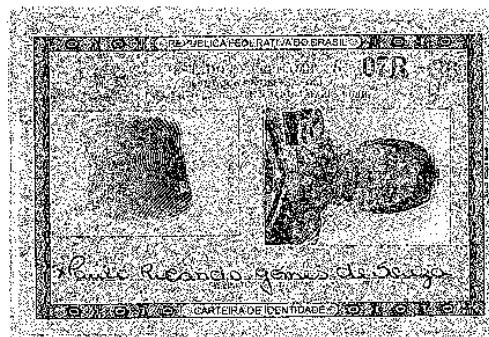
24 NOV. 2017

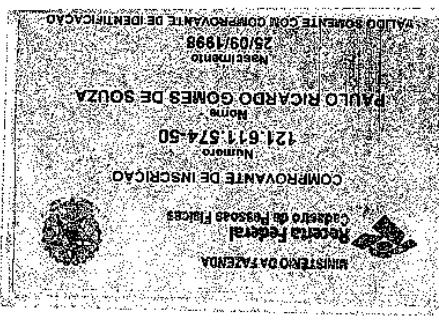
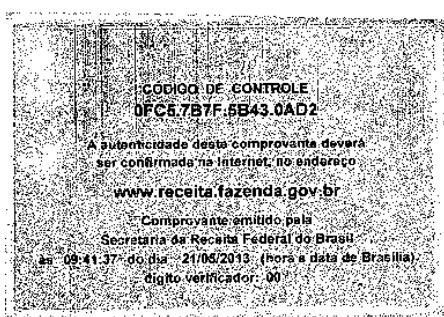
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE - PE





Rua da Aurora, nº 175, S/N  
Belo Horizonte  
MG - 30160-000  
03/04/2017





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235120200000061846754>  
Número do documento: 20060411235120200000061846754

Num. 62994302 - Pág. 13

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170629068      **Cidade:** Lagoa dos Gatos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA      **Data do acidente:** 02/09/2017      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 09/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA COTOVELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL - Analista não identificou possíveis sequelas através dos documentos que foram anexados

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170629068      **Cidade:** Lagoa dos Gatos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA      **Data do acidente:** 02/09/2017      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da cabeça do rádio esquerdo.

**Descrição do exame** Vítima se queixa de dor no cotovelo esquerdo. Ao exame, apresenta redução da flexão (ADM 0-95°) e extensão (ADM médico pericial: 0-40°) do cotovelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** O quadro foi submetido à osteossíntese com parafusos. Recebeu alta.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do cotovelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

### 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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>		<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>	

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## Procuração



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Maria das Graças da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 9090 963, expedido por SSP-SE, em

11/01/1989, inscrito no CPF sob o nº 762.321.354-53, residente na

Rua Tomé Bispo, nº 196

complemento casa, Bairro complexa, cidade

Lagoa dos Gatos, Estado SC

2. Outorgado Paulo Ricardo Gomes de Souza

portador(a) do documento de identidade nº 9.673.260, expedido por SSP-SE, em

06/03/2013, inscrito no CPF sob o nº 121.611.574-50, residente na

Rua Tomé Bispo, nº 196

complemento casa, Bairro complexa, cidade

Lagoa dos Gatos, Estado SC

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novas e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Elisa Lagoa dos Gatos, 026 de Outubro de 2017

Outorgante Maria das Graças da Silva

05.802.494/0001-6  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
05/08/17

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO - LAGOA DOS GATOS - PR	
TITULAR: YVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA	
Telefone: (81) 3692-1003	
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: MARIA DAS	
GRACAS DA SILVA, dou-fói. Em testamento, da	
verdade. Emol. R\$1,49 - TANR. R\$0,78 - FERD. R\$0,39.	
YVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA - Substituto.	
Data: 0075422.60010201701-01964 26/10/2017 11:52:24	
Consulta autenticidade em <a href="http://tpe.jus.br/seodigital">www.tpe.jus.br/seodigital</a>	



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

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

Número do Sinistro: **3170629068**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R TOME BISPO, 196 - COMPESA - Lagoa dos Gatos - PE - CEP 55450-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PE** ] **4090263**

Data e local do acidente: [ **02/09/2017** ] **Lagoa dos Gatos**

Data e local do exame: [ **21/05/2018** ] **Caruaru** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura da cabeça do rádio esquerdo.*

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

*O quadro foi submetido à osteossíntese com parafusos. Recebeu alta.*

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

*Vítima se queixa de dor no cotovelo esquerdo. Ao exame, apresenta redução da flexão (ADM 0-95°) e extensão (ADM 0-40°) do cotovelo esquerdo.*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Limitação funcional do cotovelo esquerdo*

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

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE



---

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170629068**

Vitima: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Data do Acidente: **02/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170629068**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Pag. 00317/00318 - carta\_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12036555



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235120200000061846754>  
Número do documento: 20060411235120200000061846754

Num. 62994302 - Pág. 19

---

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170629068**  
Vitima: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**  
Data do Acidente: **02/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170629068**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12036564



---

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

**Sinistro:** **3170629068**  
**Vítima:** **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**  
**Data do Acidente:** **02/09/2017**  
**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170629068** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2018

Carta nº: 12880151

A/C: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3170629068  
**Vitima:** MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
**Data do Acidente:** 02/09/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000006993-0**

Conta: **000001000405-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	<b>2.531,25</b>

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar:  $18,75\% \times 13.500,00 =$  R\$ **2.531,25**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRE



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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos : Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número de Sinistro ou TSL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

765.321.354.53 Maria das Graças da Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria das Graças da Silva	765.321.354.53	Recebedor se
Endereço	Número	Complemento
Rua Tomé Bento	196	Casa
Bairro	Estado	CEP
Compresa	Paraíba	55450-000
Fone/F	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Sigo, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 0,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (selecione pelo menos um banco abaixo. Assinale uma opção)  
BRADISCO (217) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (151)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

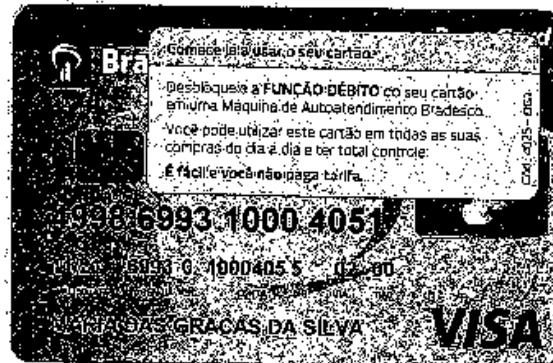
BANCO \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ FONTE \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: NÚM.: DV: CORTA: NRG: FONTE: \_\_\_\_\_

05.802.494/0001-41

INFORMAR DÍGITO SE EXISTIR

INFORMAR DÍGITO SE EXIST



*Yves Cordeiro*

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235120200000061846754>  
Número do documento: 20060411235120200000061846754

Num. 62994302 - Pág. 24



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 99º CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DOS GATOS - DP99ºCIRC  
 DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 17E0189000213

Ocorrência registrada nessa unidade policial no dia 25/10/2017 às 15:27

**OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Guia e/o (Consumo) que aconteceu no dia 20/2017 no período da Tarde**

Face econômico no endereço: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1. COMPESA - Bairro: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL  
 Local de Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:  
 PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA (AUTOR/AGENTE)  
 LUIZ CARLOS FELIX DA SILVA (OUTRO)  
 MARIA DAS GRACAS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvidos(s) na ocorrência:  
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estaria em posse do(a) Sr(a): PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

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

MARIA DAS GRACAS DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino  
 Nm: JOSEFA MARIA DA SILVA Pn: CICERO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 8/6/1959 Naturalidade: NÃO INFORMADO /PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOME BISPO, BAIRRO COMPESA - CEP: 56200-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA (não presente no plantão) 17E02494/0001-43  
 Nm: MARIA DAS GRACAS DA SILVA SOUZA Pn: LUIZ GOMES DE SOUZA Data de Nascimento: 26/9/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO /PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOME BISPO, BAIRRO COMPESA - CEP: 56200-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL  
 24 NOV. 2017

LUIZ CARLOS FELIX DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino, Nm: 175, SL 902 BL C  
 Naturalidade: NÃO INFORMADO /PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço: Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): LUIZ CARLOS FELIX DA SILVA, que estaria em posse do(s) Sr(s): PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA  
 Categórico/Bruxo/Blucher: MOTOCICLETA NÃO INFORMADO/ NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não



Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PE 900004 (NÃO INFORMADA NÃO CADASTRADA) Renavam: 928264646 Chassi: 9C2RE6210DR406642  
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010. Combustível: GASOLINA  
06/10/2013

### Complemento / Observações

A VITIMA INFORMA QUE FICA NA CARGO DA MOTOCICLETA PEGADA POR PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA QUE É SEU FILHO E O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIRAM, TENDO A MACHUCADO O COLO VELO ESQUERDO E SE DIREGIDO A UNIDADE MISTA DE SAÚDE DESTA CIDADE E ENCAMINHADA PARA CUPIRA E AINDA OUTRAS UNIDADES DE SAÚDE EM SERREROS E CARUARU PARA TRATAMENTO. NADA MAIS A INFORMAR.

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

*Maria das Graças da Silva*  
MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
(VITIMA)

S.O. registrado por: RICARDO ALVES CORREIA - Matrícula: 199819-7



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

## PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454415/17

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 765.321.354-53

CPF da: Próprio

Data do Acidente: 02/09/2017

Titular do CPF: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

**PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA : 121.611.574-50**

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

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

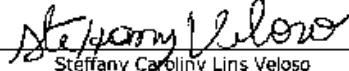
#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/11/2017  
Nome: PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA  
CPF/CNPJ: 121.611.574-50

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2017  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

  
Steffany Caroliny Lins Veloso



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria das Graças da Silva, portador da carteira de identidade nº 40.80.263 e inscrito no CPF/MF sob o nº 765.321.354-53, residente e domiciliado na Rua Tomé Bixpo, Cidade Baixa dos Gatos Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74); uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria das Graças da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

05.802.494/0001-47

TRABALHO CORRETO  
DE CORDEIRO, LIDA

Local e data

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



## FICHA DE ATENDIMENTO



FICHA DE ATENDIMENTO: 77273 IDADE: 48 ano(s) 4mês(es) 28 dia(s).

NOME: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 08/05/1969

SEXO: F

MÃE: JOSEFA MARIA DA SILVA

CIDADE: LAGOA DOS GATOS

ENDEREÇO: RUA JOSE TOME BISPO

Nº 196 BAIRRO: CENTRO

ESTADO CIVIL: CASADO (A)

DOCUMENTO: SUS1639893120400021

PROFISSÃO: AGRICULTOR

TÉCNICO:

ENFERMEIRO:

MÉDICO:

### ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

DATA: ATENDIMENTO Nº MOTIVO *der um MSE após queda de moto*  
06/09/2017 77273 CONSULTA *moto*

### INFORMAÇÕES

HORÁRIO	PA	TEMPERATURA	PULSO	PESO	HGT
		130x80			175

Queixas / Diagnóstico:

Tratamento:

*Dores clínicas  
de dor em estômico  
e dor que desaparece  
17 dias.*

ASSINATURA:  
Enviado por  
CUPIRA  
ENFERMEIRA

Exames Complementares: *Dr. Sérgio Belém*  
Medico Interno  
Mat: 86100-150  
CPF: 02150251-08  
UDABOL

Impressão diagnóstica:

*Exame estável.*

Outras Informações:

Motivo da Saída:  Residência  Internado  Encaminhado: *Encaminhado ao ORTO*  
 Curativo  Nebulização  Med. Básico  Med. Espec.  Retirada de Ponto *Permaneço*  
 Urgência Básica  Urgência Especializada  Observação Básica  Observação Especializada

Assinatura do Técnico:

Assinatura do Médico: 05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CCR/RE: Maria Silveira  
DE: 5 DEZ/2019  
MÉTODO: 25750  
PRAZO: 26 ABR/2020

06/09/2017 11:00:08

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

A de der

De maneira das Procuras da S/da

CPG-7 65.321.354.53

Assunto- Até de losaltorio

- exigencia

Período

Comunicamento a vana. (1) ...  
... fáscia, ventro por medicina  
... em perfume

Apel. na data do crime. Foi, final  
... depois o dia 02/09/2012, sobre  
... um incidente

de Transito fui socorrida pelo  
... meu fáscia Harpe tal local  
... da Zona das Gás. Esse fáscia foi  
... desviambro para

Hora fui bimperial de outorga.  
... depois para o Hospital de  
... a Ribeira. Lá fui operada PE.

O fáscia fui bimperial para  
... fui para o Rio de Janeiro  
... Pernambuco ontem

foi fezado todo o procedi  
... mento em Rio de Janeiro. Pelo  
... fáscia não é passado  
... apresentar o ato de dar o fáscia

Rua da Aurora, N° 175, St 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE - PE



que foi devido. Por este, concordei de regularizar, ademais se o valor (a obtida do entendimento médio) de fato não é constado.   
O hospital informou que o doente subente a "fusilada". Principa o seu acidente de moto além de contrair os traumas resultantes das agressões e condução médica, e médico respondeu que o indivíduo com a cura de ferida de moto e de carimbo. Por estas causas, foi necessário a sua assistência hospitalar em todo o seu período. Foi o realizador que teria que encarregar a veracidade daquele relatório, e a pessoa deles que teria que emitir as multas judiciais, contínuas.   
Diante deste fato, ficou decidido que também o deus novo para a realização desse tipo de veracidade.

Sisca mais, que ficou decidido  
- carros. 05.802.494/2001-4  
- Praça das Guntas, TRAÇÃO CORREIO DA  
- Km 000 das Rua das Guntas, 1  
- Boa Vista - CEP 50.060-010  
- PR/CE/PR

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
PR/CE/PR



Protocolo: 2017-44-0218

Orthopedia

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde			Ministério da Saúde	Secretaria de Saúde de Pernambuco		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>					
Identificação do Estabelecimento de Saúde			1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES					
HOSPITAL JESUS PEQUENINO			2344254			4 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						111111					
Identificação do Paciente			5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			6 - SIS PRENATAL		7 - SENHA/REBUTACAO		8 - N° DO PRONTUÁRIO	
			170340 8826464300					362034		115784	
9 - NOME DO PACIENTE			10 - DATA DE NASCIMENTO			11 - SEXO		12 - TELFONE DE CONTATO		13 - TELFONE DE CONTATO	
Maria das Graças da Silva			08/05/69			Masculino		111111		111111	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			13 - ENDERECO (RUA/AVENIDA)			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - COD. IBGE MUNICÍPIO		16 - DEP	
Josefa Maria da Silva			Rua Tomé Bispo Jacca das optos			17 - DEP		18 - DEP		19 - DEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO											
<i>de 01/09/2017 a 07/09/2017</i>											
41 dias.											
Conferido Com Documento PE 03/09/2017 Original Sist. Bemers PE 03/09/2017 Hospital Jesus Pequenino PE 03/09/2017											
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)											
<i>RX</i>											
21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL											
<i>Fratura Coluna</i>											
22 - CID 10 PRINCIPAL											
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO											
24 - CID 10 SECUNDÁRIO											
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS											
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO											
<i>Internar</i>											
27 - CLÍNICA		28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		30 - DOCUMENTO		31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		32 - COD. DO PROCEDIMENTO			
OIT/Dr. Italo Alves		Internamento		( ) CNS ( ) CPF		04.08.02 - 036-4		04.08.02 - 002-2			
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO											
34 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE (ASSISTENTE)											
<i>Dr. Italo Alves</i>											
35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA											
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO											
36 - CNPJ DA SEGURADORA											
37 - CNPJ DA EMPRESA											
38 - N° DO PROVEDOR											
39 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO											
40 - SÉRIE											
41 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO											
42 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO											
43 - CBO											
44 - DATA DE AUTORIZAÇÃO											
45 - COD. ORGÃO EMISSOR											
46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)											
47 - DOCUMENTO											
48 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO											
49 - NOME ( ) JOSE											
50 - DATA DE AUTORIZAÇÃO											
51 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSelho											
RECIFE-PE											



**HÓSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Atendimento:	473984	Data:	07/09/2017	Horas:	18:16	Recepção:	MARIA DE LOURDES SILVA	
Convênio:	SES-ORTOPEDIA					Matrícula:	703405826464300	
Responsável:						Identidade:		
Médico:	DR. IRON ALVES SILVA					Cartão SUS:	703405826464300	
Paciente:	115784	Maria das Gracas da Silva				Sexo:	FEMININO	
Nascimento:	08/05/1969	- 48 Anos e 3 Meses				Est. Civil:		
Endereço:	RUA TOME BISPO, 196					C.P.F.:	76532135453	
Bairro:	CENTRO					Identidade:	4090263	
IBGE/Cidade:	2608701	LAGOA DOS GATOS	CEP:			SSP:	PE	
Paiz:	CICERO JOSE DA SILVA		UF:	PE		Telefone:		
Mãe:	JOSEFA MARIA DA SILVA					G.Instrução:		
Nacionalidade:	BRASIL					Ocupação:		
Obs.:	SENHA ORTOPÉDIA 362034						Naturalidade:	LAGOA DOS GATOS

Queixa do Paciente:

*doe no cotovelo*

*fez o dia a dia normal*

H.D.A.:

*enfrenta dor*

Exame Físico:

*RX*

Conferido com Documento  
Original Bezerros PE 23/09/2017  
Hospital Jesus Pequenino

H.D.:

*fraterra cotovelo*

Tratamento:

*gelada*

05.802.494/1001-41

TRACÃO CORRETA

DÉ SEGUNDA A SEXTA

26 ABR 2017

Bezerros, 07 de setembro de 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

*Dr. Iron Alves*  
CRM 3601

Assinatura e Carimbo do Médico



## RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOSSO DO PACIENTE MARIA DAS GRACAS DA SILVA CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO 115764
CHIRURGO RONALDO EVANGELISTA	ANESTESISTA DR. ALISSON
ANESTESIA BLOQUEIO	
DATA DA OPERAÇÃO 09/04/2017	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA NEUROLISE DO INTEROSSE + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. ISQUEMIA PRÉVIA COM FAIXA DE ESMARCH
2. AGSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO
3. INCISÃO NA FACE ANTERO LATERAL DO COTOVÉLO ESQUERDO
4. ABERTURA DA APONEUROSE
5. DIVISÃO POR PLANOS
6. NEUROLISE DO INTEROSSE
7. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 01 PARAFUSO DE HEBERT
8. OBSERVAÇA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
9. FECHAMENTO POR PLANOS
10. CURATIVO
11. RETIRADA DE FAIXA DE ESMARCH

Dr. Ronaldo Evangelista  
Ortopedista  
CRM 3764

Conferido com Documento  
Original Bazeada PE 03/2011  
Hospital Jesus Pequeno  
Ano 2011  
Assessoria 441  
CEP 50.060-010

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SERRA IPSS LTDA

26 ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
05/05/11

REPRENTURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GAILOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATA (12.19.18) HORA 13:44 REGISTRO 243.180

OME: Yvnia das Graças da Silveira  
IDADE: 47 anos DATA DE NACIMENTO: 28/05/69 SEXO: F  
ENDERECO: R. José Tomé Basso  
ATURALIDADE: Lei das Cidades PROFISSÃO: Agricultura COR:   
RESPONSÁVEL: A maria IDENTIDADE:   
NÚMERO DO BUS:  FRAÇÃO:   
ESO:  PA: 100x80 TEMPERATURA:  PULSO:  EC:  FR:   
DUEIRA PRINCIPAL: HGT-198  
DADOS CLÍNICOS:   
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: UXO MMSS (E) Cotovelo;  
EXAMES SOLICITADOS: 1) Trinbilizar  
2) Dihidrúrico 7T mg - JU 3) Demutase 5 mg - TM 4) Urina  
TRATAMENTO PROPOSTO: 1) Dihidrúrico 7T mg - JU 2) Demutase 5 mg - TM 3) Urina 4) Tratamento 19.32  
EXAME SOLICITADO: 1) Urina 2) Dihidrúrico 7T mg - JU 3) Demutase 5 mg - TM 4) Tratamento  
Odaci Bernardino  
Enfermeiro  
COREN 444577  
EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO:   
DIAGNÓSTICO INICIAL:   
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:   

		DESTINO DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/>	INTERNAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/>	LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAMENTOS CORDEIRA
<input type="checkbox"/>	LIBERADO PARA RESIDÊNCIA C/ MEDICAÇÃO PRESCRITA	<input type="checkbox"/>	TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE
<input type="checkbox"/>	ALTA PEDIDO	<input type="checkbox"/>	OBITO

05.802.494/0001-41  
João Bosco de Almeida  
MÉDICO  
CREMEPE: 20.101  
25 ABR. 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235120200000061846754  
Número do documento: 20060411235120200000061846754



## PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454415/17

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
CPF: 765.321.354-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/09/2017  
Titular do CPF: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUÉS

#### Sinistro

Comprovação de ato declaratório

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

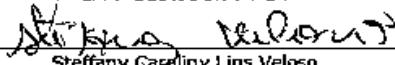
#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2018  
Nome: PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA  
CPF: 121.611.574-50

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2018  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

  
Steffany Caroliny Lins Veloso

31701623068

515 An 7160





BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06993-0

CONTA: 000001000405-5

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO240520180500000000023706993000001000405253125 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/06/2020 11:23:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060411235120200000061846754>  
Número do documento: 20060411235120200000061846754

Num. 62994302 - Pág. 37