



Número: **0019887-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ACSA OLIMPIO SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanie Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63889 226	25/06/2020 14:11	2727974_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

PROCESSO: 00198873520208172001

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ACSA OLÍMPIO 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 **18/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 10/08/2018.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência a capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

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



“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, conseqüentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

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 citação⁴.

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 ação⁵

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁵art. 1º. (...)

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



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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 17 de junho de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ACSA OLIMPIO DA SILVA**, em curso perante a **11ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00198873520208172001.

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0019887-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ACSA OLIMPIO SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63889 227	25/06/2020 14:11	ANEXO 1	Outros (Documento)

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Toritama, 30/08/2019

Declaro que a Sra. Acsa Olimpio Silva foi admitida para atendimento fisioterapêutico no dia 08/04/2019, com diagnóstico médico de ruptura do tendão calcâneo direito, sendo submetida a fisioterapia motora. Apresentou queixas de dor no local em repouso e ao movimento, restrição de movimento em tornozelo D, edema na região de calcâneo D, pontos de tensão na região de tríceps sural. Teste de força grau 2 para dorsiflexores e flexores plantares, grau 3 para quadríceps direito. Dor a palpação na região da lesão, se estendendo até a região de tríceps sural. Deambula com auxílio de muleta.

Apresenta como diagnóstico funcional: limitação de movimento de pé D, dificuldade para deambular sem auxílio e se manter em sedestação por longos períodos.

Evoluiu com sequelas instaladas: limitação de ADM de tornozelo D para movimentos de flexão, extensão, inversão e eversão; grau 3 de força para FP e DF, grau 4 para quadríceps direito. Apresentando comprometimento de aproximadamente 50% dos movimentos do tornozelo D, recebendo alta fisioterapêutica definitiva.


Rafaela Cavalcante
Fisioterapeuta
CREFTO-248347-F
FISIOTEPEUTA



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente ACSA Olimpio Silva

Data de nascimento 16, 03, 1969 RG 4256927 SSP CPF 801.420.014/49

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 18, 07, 2018

Nº do B.O. 18E0219001239

Resumo clínico Paciente vítima de acidente de trânsito
sem ferimentos no local de trabalho

Diagnóstico fratura do tornozelo de ambos os pés

Tratamento medicamentoso

Sequelas limitação de movimento de ambos
os tornozelos

Data da alta ambulatorial definitiva 09, 11, 2019

Abreu e Lima, 09 de Novembro de 2019

Dr. Pedro Marques
Ortopedista e Traumatologista
CRM 8594

Médico (CRM)



Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3276



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4256927 DATA DE EMISSÃO 06-10-1989

NOME ACSA OLÍMPIO SILVA

RELACÃO Francisco Olímpio da Silva e Rute Marinho Olímpio

NATURALIDADE Goiânia, GO 16-03-1969 DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORDEM O.R. 29.454 L.P. 58 P. 112 cart.

CPF 171.112.112-1

REPÚBLICA FEDERATIVA

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

17

ACSA OLÍMPIO SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE

E9D4.80DA.4B74.2974



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:33:49 do dia 26/09/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 06

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
801.420.014-49

Nome
ACSA OLÍMPIO SILVA

Nascimento
16/03/1969



A Leider

Aca olimpico Silva

803.420.014-49

Documentação Médica

Venho por meio desta carta informar que sofri um acidente de trânsito no dia 18/10/2018 onde consta essa data na ficha do Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima onde passei por todos os procedimentos necessários. Meses depois não me sentindo bem fiz um exame na clínica Manoel Florêncio onde foi detectada uma ruptura na inserção do tendão de Aquiles esse e o meu diagnóstico fiz todos os tratamentos necessários mais infelizmente até hoje não tenho mais saúde no meu joelho.

Toda documentação necessária já foi encaminhada para análise da seguradora líder, caso reste alguma dúvida em relação a minha sequela, coloco-me a disposição desta seguradora para submeter-me a uma perícia médica. Fico no aguardo.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

Descrição do exame físico: Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações.alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

Descrição do exame físico: Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações. alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.(P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.(P1/3/6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: FOLHA CIRÚRGICA / RELATÓRIO DE ALTA DEFINITIVA.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.(P1/3/6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: RELATÓRIO MÉDICO / FOLHA CIRÚRGICA /LAUDO DE EXAME DE IMAGEM.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.(P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLÍMPIO SILVA

CPF: 801.420.014-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLÍMPIO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019

Nome: ACSA OLÍMPIO SILVA

CPF: 801.420.014-49

ACSA OLÍMPIO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019

Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLÍMPIO SILVA

CPF: 801.420.014-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLÍMPIO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019

Nome: ACSA OLÍMPIO SILVA

CPF: 801.420.014-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019

Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

CPF: 118.262.994-67

ACSA OLÍMPIO SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLÍMPIO SILVA

CPF: 801.420.014-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLÍMPIO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: ACSA OLÍMPIO SILVA
CPF: 801.420.014-49

ACSA OLÍMPIO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



**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: **3190458981**

Nome do(a) Examinado(a): **ACSA OLIMPIO SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua do Comércio, 280 - Toritama - PE - CEP 55125-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **4256927**

Data e local do acidente: [**18/07/2018**] **Toritama**

Data e local do exame: [**06/12/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos do tornozelo direito.

III. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações.alta médica

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do tornozelo direito

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):

Tornozelo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE





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

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACSA OLIMPIO 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,

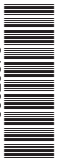
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14651623

Pag. 01351/01352 - carta_01 - INVALIDEZ

00020676





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

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO / FOLHA CIRÚRGICA / LAUDO DE EXAME DE IMAGEM, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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. 00417/00418 - carta_32 - INVALIDEZ

00010209



Carta nº 14679830





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

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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. 01749/01750 - carta_03 - INVALIDEZ

00010875



Carta nº 14744419





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

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) FOLHA CIRÚRGICA / RELATÓRIO DE ALTA DEFINITIVA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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. 01829/01830 - carta_32 - INVALIDEZ

00010915



Carta nº 14766085





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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 00657/00658 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ACSA OLIMPIO SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002551**

Conta: **0000039779-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

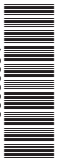
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00181/00182 - carta_15R - INVALIDEZ

00030091





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 803.420.014-49 Nome completo da vítima: Asa Olímpio Silva

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

Nome completo: Asa Olímpio Silva CPF: 803.420.014-49

Profissão: Recusou-se. Endereço: Rua do Comércio Número: 280 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Teritama Estado: PE CEP: 55205-000

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 9.9668-4814

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 9664 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se autografado)

Local e Data: Teritama 17/10/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Asa Olímpio Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

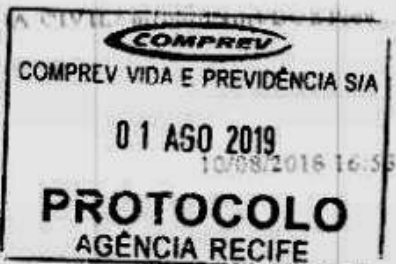
01 AGO 2019

PROTOCOLO
RECEIJA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, SEU ROLPO, 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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0219001239**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/08/2018** às **17:23**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **18/7/2018** às **19:36**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E QUATRO QUILOMETRO TRINTA, 1, 104 - Bairro: LOTEAMENTO J SEVERINO SILVA TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO (OUTRO)
ACSA OLÍMPIO SILVA (VITIMA)
JEFFHE FELIPE OLÍMPIO SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) JEFFHE FELIPE OLÍMPIO SILVA

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ACSA OLÍMPIO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe RUTE MARINHO OLÍMPIO Pai FRANCISCO OLÍMPIO DA SILVA Data de Nascimento: 18/3/1960 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4268927/SSP/PE (RG) 88142881449 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Telefones Celulares:
- 81996284497

Residência: **APT 108 - 2º ANDAR - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a RUA COMERCIO, 288 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEFFHE FELIPE OLÍMPIO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe ACSA OLÍMPIO SILVA Pai JOSÉ ANTONIO FELIPE DA SILVA Data de Nascimento: 21/1/1991 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residência: **RUA COMERCIO, 288 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**



10/08/2018 17:22

Sistema de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/mfopolxms/BOE/rev...

MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO (não presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA PROJETADA, LOT. MANOEL CAMELO - GARANHUNS/PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFTHÉ FELIPE OLÍMPIO SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OYM2341 (PERNAMBUCO/GARANHUNS)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE SEU FILHO JEFTHÉ FELIPE OLÍMPIO SILVA CONDUZIA A MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO CG 150, DE COR PRATA, DE PLACA OYM-2341/PE, NA RODOVIA BR 104, NESTA CIDADE, OCASIÃO EM QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA ALUDIDA MOTOCICLETA. EGCLARECE A VITIMA QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE ESTAVA NA GARUPA DO REFERIDO VEÍCULO, TENDO SAÍDO COM FERIMENTOS GRAVES, NA PERNA E CALCANHAR DIREITA, SENDO A MESMA SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

Acça Olímpio Silva
ACSA OLÍMPIO SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Jose Mello da Silva* JOSE MELLO DA SILVA - Matrícula: 381.935-6





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 803.420.014-49 Nome completo da vítima: Asa Olímpio Silva

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

Nome completo: Asa Olímpio Silva CPF: 803.420.014-49

Profissão: Recusou-se. Endereço: Rua do Comércio Número: 280 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Teritama Estado: PE CEP: 55205-000

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 9.9668-4814

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 9664 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se autografado)

Local e Data: Teritama 17/10/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Asa Olímpio Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTOCOLO
RECEIÇÃO RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente declaração, em seu nome, 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



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro	Hora	Nome do Paciente	Sexo	Data de Entrada	
714.29318:32	18:32	Marcelina Silva	F	18.07.2018	
Idade	RG	Orgão Emissor	CPF	Estado Civil	
49	123456789	SS	123.456.789-00	Solteira	
Data de Nascimento		Naturalidade			
16.03.1969		Goiânia - GO			
Endereço		Numero	Complemento		
R. do Comércio		120	Cidade		
Cidade		Bairro	UF	CEP	
Goiânia		Centro	GO		
SUS		Profissão			
Médico		Fisioterapeuta			
Nome da Mãe			Nome do Pai		
Marta Maria Oliveira			Eduardo Oliveira de S.		
Nome do Responsável			Telefone		
A. Silva			9629-4404		
PA	PULSO	FR	HGT	PESO	T(°C)
SpO ₂ ambiente	SpO ₂ com O ₂ L/min				
CLASSIFICAÇÃO <input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO					
HDA <u>Volta de casa com muito suor e</u> <u>dores no corpo em especial do lado direito da</u> <u>perna da perna.</u>					
Hipertensão () sim () não // Diabetes () sim () não // APP					
EXAME GERAL	OROSCOPIA				
OTOSCOPIA	NEUROLÓGICO				
ACV	GLASGOW				
AR	NUCA				
ABDOMEN	PUPILAS				
MEMBROS	PELE				

Diagnóstico Provisório Infarto de miocárdio

Alergias () Sim () Não

Conduta Tratamento com aspirina, clopidogrel e



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ACSA OLIMPIO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000039779-6

Nr. da Autenticação 4AEF22AC3551FCD3



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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDNILTON GOMES FONSECA

CPF: 859.371.934-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO COMERCIO 288 AP-108

CENTRO TORITAMA
55125-000 TORITAMA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

27/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

91,14

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

20/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

062649412

CONTA CONTRATO

007029493566

Nº DO CLIENTE

2016603480

Nº DA INSTALAÇÃO

0005253284

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B2A3.DD9B.4C3C.A3F7.4E00.6484.8C44.9974

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	107,00	0,78961862	84,48
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,06
Contrib. Ium. Pública Municipal			5,21
ICMS Subvenção-CDE-RE 055069678-21/03/19			0,49
<div style="text-align: center;"> </div>			
TOTAL DA FATURA			91,14

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	DI Rest	Valor
20/04/19	20/05/19	78,93

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições do crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas:

Consumo Ativo(kWh) 0,8496187

HISTÓRICO DO CONSUMO

	MAI 19	ABR 19	MAR 19	FEV 19	JAN 19	DEZ 18	NOV 18	OCT 18	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAI 18
Consumo Ativo(kWh)	107	80	89	77	88	92	78	79	74	61			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	27,85	31,67
Transmissão	3,02	3,52
Distribuição (Celpe)	18,39	21,48
Encargos Setoriais	4,31	5,04
Tributos	26,83	31,52
Perdas de Energia	5,78	6,78
TOTAL	85,44	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DEAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

900000003010139872 CAT 18/04/2019 23.767,00 20/05/2019 23.874,00 32 1.00000 0,00 107,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/06/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
Mai 2019					
DIC-No.de horas sem Energia	0,13	3,11	10,62	21,25	
FIC-No.de vezes sem Energia	1,00	3,23	6,47	12,95	
UFIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,13	3,03	0,00	0,00	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
CUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$			31,15		

(Total Gerado pode variar a depender dos indicadores DIC, FIC, UFIC e DICRI a qualquer tempo)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão

e 3,70% para Alta Tensão-REH 2.535/19.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,

podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007029493566	05/2019	91,14	27/05/2019	

838000000009 911400110078 029493566102 139420224930



Evite dobrar e rasgar este canhoto.

Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

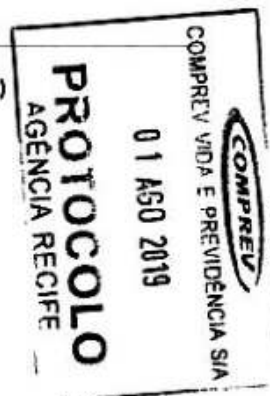
Eu, Marcia Beatriz dos Santos Camilo Silva
RG nº 9.323.878, data de expedição 02/02/17
Órgão SDS, portador do CPF nº 119.382.744-23
com domicílio na cidade de Garanhuns, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida Manoel Camelo, nº 270
complemento Bara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
José Olimpio Silva, cujo o condutor era
plato Modelo: Honda/CG150FANE3D1 Ano: 2014/2015
Placa: OYM 841 Chassi: 9C2KC1600ER504689
Data do Acidente: 18/07/18

Local e Data: Garanhuns, 08 de julho de 2019



Marcia Beatriz dos S Camilo Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

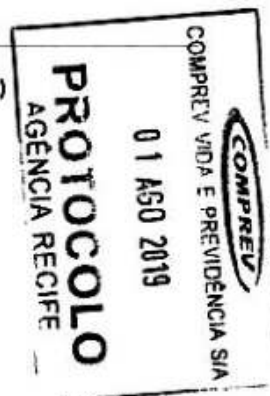
Eu, Marcia Beatriz dos Santos Camilo Silva
RG nº 9.323.878, data de expedição 02/02/17
Órgão SDS, portador do CPF nº 119.382.744-23
com domicílio na cidade de Garanhuns, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida Manoel Camelo, nº 270
complemento Bara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
José Olimpio Silva, cujo o condutor era
plato Modelo: Honda/CG150FANE3D1 Ano: 2014/2015
Placa: OYM 841 Chassi: 9C2KC1600ER504689
Data do Acidente: 18/07/18

Local e Data: Garanhuns, 08 de julho de 2019



Marcia Beatriz dos S Camilo Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro	Hora	Nome do Paciente	Sexo	Data de Entrada	
714.29318:32	18:32	Marcelina Silva	F	18.07.2018	
Idade	RG	Órgão Emissor	CPF	Estado Civil	
49	12345678	SS	123.456.789	Solteira	
Data de Nascimento		Naturalidade			
16.03.1969		Goiânia - GO			
Endereço		Numero	Complemento		
R. do Comércio		120	Cidade		
Cidade		Bairro	UF	CEP	
Goiânia		Centro	GO		
SUS		Profissão			
Médico		Fisioterapeuta			
Nome da Mãe			Nome do Pai		
Marta Maria Oliveira			Eduardo Oliveira de S.		
Nome do Responsável			Telefone		
A. Silva			9629-4404		
PA	PULSO	FR	HGT	PESO	T(°C)
SpO ₂ ambiente	SpO ₂ com O ₂ L/min				
CLASSIFICAÇÃO <input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO					
HDA: História de lesão: corpo - muito apertado, não conseguia se movimentar direito, além de ficar dor no pé direito.					
Hipertensão () sim () não // Diabetes () sim () não // APP					
EXAME GERAL	OROSCOPIA				
OTOSCOPIA	NEUROLÓGICO				
ACV	GLASGOW				
AR	NUCA				
ABDOMEN	PUPILAS				
MEMBROS	PELE				

Diagnóstico Provisório: Paralisação de membros

Alergias () Sim () Não

Conduta: Tratamento sintomático





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



PREFEITURA DE
TORITAMA
Trabalhando para todos

Toritama, 08 de Agosto de 2018.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 111/2018

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **ACSA OLIMPIO SILVA**

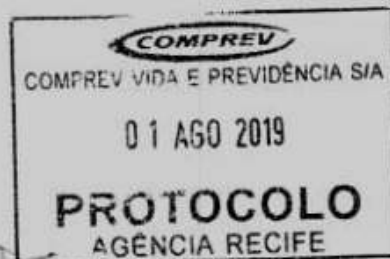
Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **ACSA OLIMPIO SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 114.743, no dia 18/07/2018, foi atendido e em seguida sendo **LIBERADA**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Mateus Tavares

Portaria 387, SMS
Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama





NOME DO PACIENTE: AGSA OLÍMPIO SILVA

SOLICITANTE: DR.(A) OLLELA CRUZ SANTANA

CONVÊNIO: PARTICULAR

EXAME: US ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)



NÚMERO DO PACIENTE: 228461

NÚMERO DA REQUISIÇÃO: 831427

DATA: 28/11/2018

Exame realizado com aparelho **DIGITAL** com transdutores de multifrequenciais de alta resolução

ESTUDO ECOGRÁFICO DO TORNOZELO DIREITO

FACE ANTERIOR:

- Tendão tibial anterior, extensor dos dedos e extensor do Hálux sem alterações.

FACE LATERAL:

- Tendões fibulares curto e longo sem alterações.

- Ligamento fíbulo calcâneo e talus fibular sem alterações.

FACE MEDIAL:

- Tendão tibial posterior, flexor do dedão sem alterações.

FACE POSTERIOR:

- Presença de ruptura na inserção do tendão de Aquiles acometendo aproximadamente 30% da inserção total, medindo 0.83 x 0.29 cm.

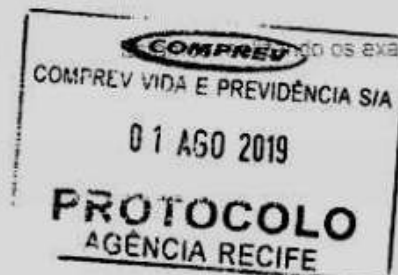
ID.: (IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA):

RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES.

CENTRO DIAGNÓSTICO MANOEL FLORENCIO

Dr.(a) WALDENIR FERREIRA DE SOUZA

CRM 18290



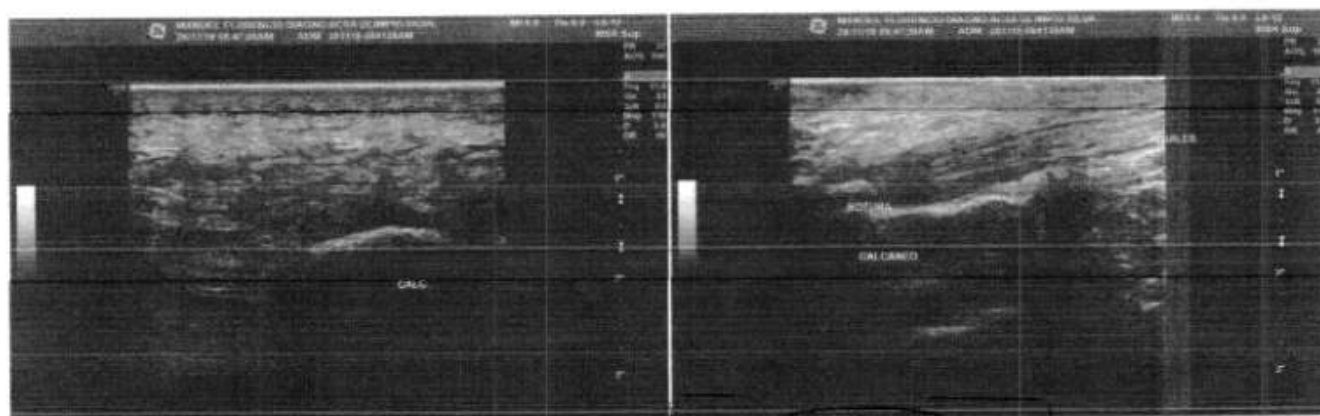
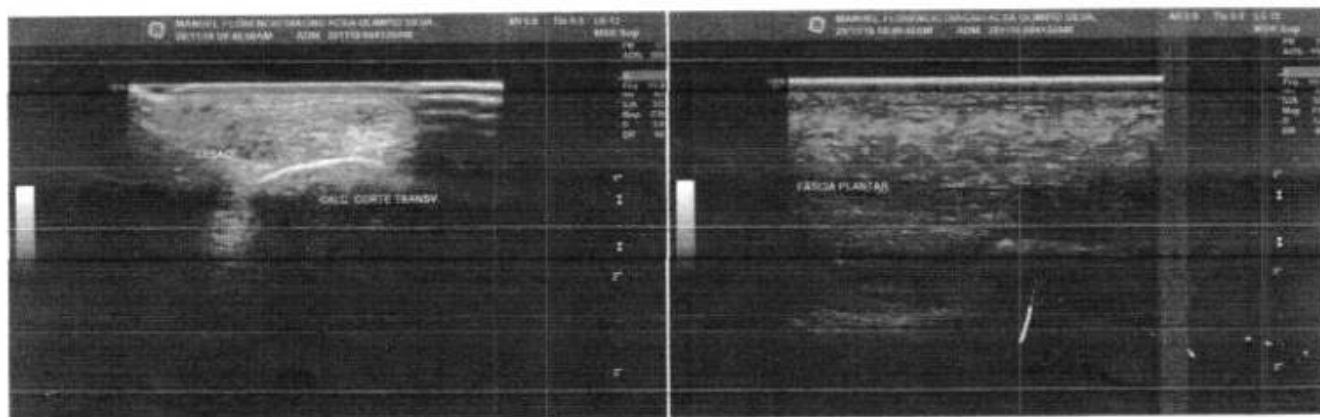
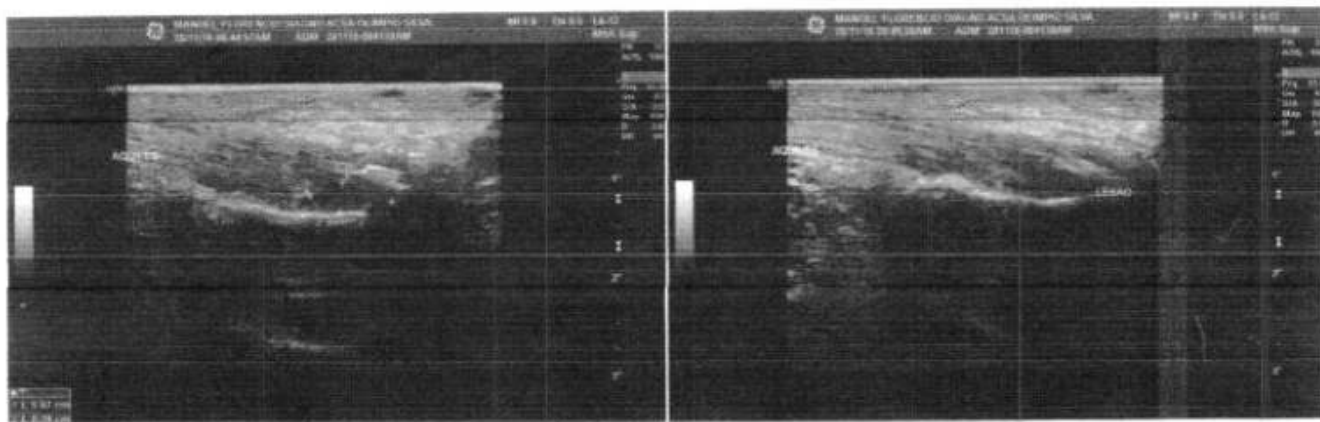
do os exames de PET-CT e Medicina Nuclear (Cintilografia).


Av. Agamenon Magalhães, 834

Maurício de Nassau | Caruaru/PE | CEP 55.014-000

Central de Atendimento: 81-3727.7000 | sac@manoelflorencio.com.br






 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 01 AGO 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA DE CEE



**SUS**Sistema
Unico de
Saude
Ministerio
da
Saude**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

Fem

7 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

9 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - COD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTD

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL

35 - CID10 SECUNDÁRIO

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGAO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

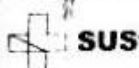
01 AGO 2019

PROTOCOLO**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

50 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - CNES





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masculino

Feminino

7 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

8 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO 1511 (098)

9 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - COD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - Q10

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - Q10 F

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - Q10 F

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - Q10 F

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - Q10 F

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - Q10 F

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL

35 - CID10 SECUNDÁRIO

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

39 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. ORGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTÓCOLO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

49 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

50 - CNES

