



Número: **0021313-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/05/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROMERO ALEXANDRE FERREIRA (AUTOR)		dinara guimaraes da silva (ADVOGADO) JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65570 471	31/07/2020 08:58	ANEXO 1	Outros (Documento)

CRM-PF-4428

0144414/18

[illegible]

Dr. Jorge V. Navas
Medico
CRM 44264-E

70714 Va. R 1679

63/08/18

Praca do Centenario, nº 75 - Centro - Timbaúba - PE



HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Data e hora retirada da senha: 03/12/2017 14:53

Nome Paciente: ROMERO ALEXANDRE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: P0033
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/12/2017 14:54 - 03/12/2017 14:54

GLAUCIA PATRICIA MACHADO BARRETO - COREN: 411871 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: EMERGENCIA

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: ACIDENTE COM MOTO PACIENTE APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE FEMUR + MSE

Fluxograma sintoma: TRAUMA GRAVE

Discriminador(es): - FRATURAS COM DEFORMIDADE OU LUXAÇÕES

Especialidade: CLINICA GERAL



Acolhido(a) por: GLAUCIA PATRICIA MACHADO BARRETO - COREN: 411871 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/12/2017 14:54

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





-!- Measuring Water-Side Corrosion

Registro N.º 130708

Atendimento: 399685

Date 03/12/2017

Hora 14:56

Usuario: WINARACILS

CLINICA GERAL

Nome: ROMERO ALEXANDRE DA SILVA

Nascimento: 03/12/1979 02:0 **Idade:** 38a 0m 0d

Mãe: NAO INFORMADO

Fai:

Endereco: NAO INFORMADO

CNS-

☎ Telefon:

CEP: 55880000

No.

Bairro: NAO INFORMADO | Cidade: SAO VICENTE FERREIRA | PE

QPD / HDA:

QPD / HDA: Resposta: V. Tron de concreto com metal,
apresentando rachaduras para MSE e MSE.
Alongar 15; 15m de comprimento e 10m de

EXAME FÍSICO:

EXAME FÍSICO: EGR, LTB e Caudal

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO DSRL 1500ml 4x 2
3x 100mg 4x 2 no SCL

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: ☐ Alta para casa ☐ Encaminhamento ao ambulatório

} internamento

☒ Transferência para outra unidade ☐ Óbito ☐ Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado

*Médico que prestou atendimento. (Assinatura / Carimbo c/CRM e CPF)

Saul Fialho
Médico
CREMEPE 24185

Médico - Carimbo e Assinatura

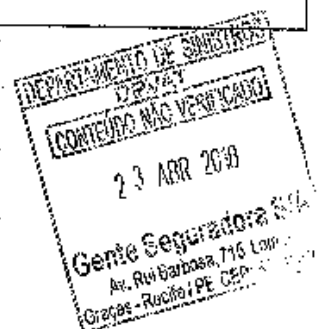


	SES
	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipló – Recife – PE PABX 31828500	

RESUMO DE ALTA

Nome: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA		
Registro: 1047574	Enf: 07	Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 03/12/17	DATA DE SAÍDA: 29/12/17
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA DIAFISARIA FEMUR + FRATURA DE ANTEBRAÇO + FRATURA DE MÃO	
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PCT REALIZOU PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS. RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.	
DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: QUADRIL + MÃO PARA CONTROLE EM: 15 DIAS	
 MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM 25698	



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu, JOSSIMAR CARVALHO DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 402.061.224 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROMERO ALEXANDRE FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 716.933.114 / 45, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da vítima ROMERO ALEXANDRE FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 716.933.114 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Matias de Albuquerque</u>		Número: <u>223</u>	Complemento: <u>APT-804</u>
Bairro: <u>Santo Antonio</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>50010-090</u>
E-mail: <u>jossimar.advogado@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD): <u>(81) 99987-5498</u>	Telefone celular (DDD): <u>(81) 99188-9957</u>

Recife PE 18 de abril de 2018
Local e Data

Joissimar Carvalho de Souza
Assinatura do Declarante



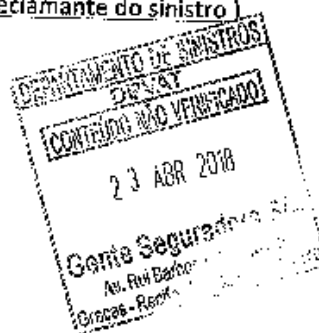
Declaração do Proprietário do Veículo

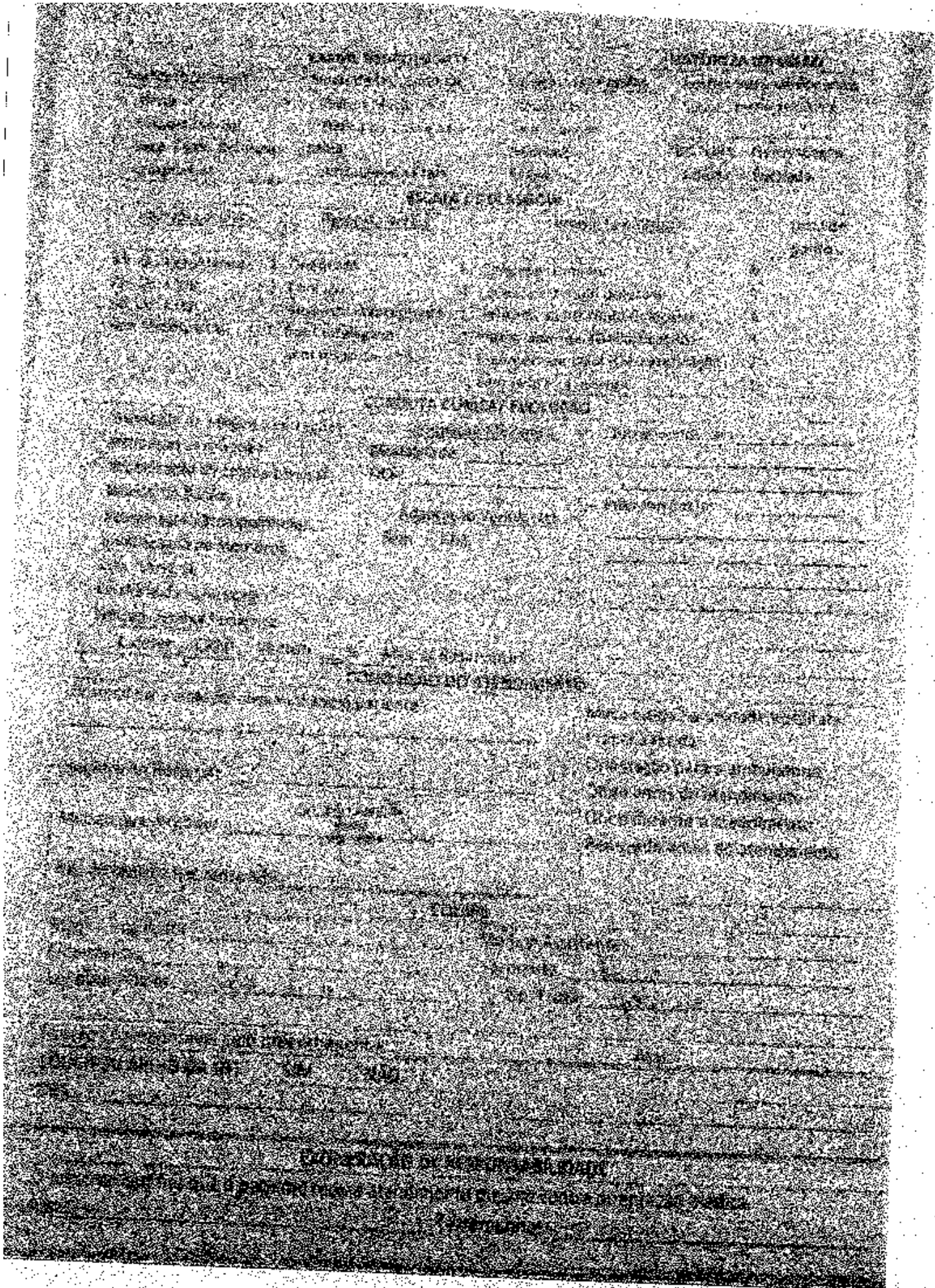
Eu, WELISON ADELINO DA SILVA,
RG nº 5.523.961, data de expedição 25/11/1995,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 046.785.024-08, com
domicílio na cidade de SÃO VICENTE FERRER, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PETRÔNILA GUEDES, RECREIO, nº 30,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ROMERO ALEXANDRE FERREIRA, cujo o condutor era
ROMERO ALEXANDRE FERREIRA.

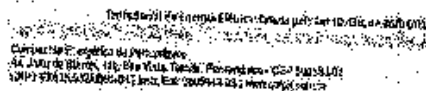
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA - NXR - 150 - BROS MIX ES
Ano: 2008-2010
Placa: KGR-8612
Chassi: 9CZKD0S20AR003235
Data do Acidente: 03.12.2017
Local e Data: SÃO VICENTE FERRER, 26/03/2018

Wilson Adilson da Silva
Assinatura do Declarante

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

[illegible]





14-00000
 14-00000
 14-00000

1570 1000 0000 0000 0000 0000 0000 0000
1570 1000 0000 0000 0000 0000 0000 0000
1570 1000 0000 0000 0000 0000 0000 0000

● 2014年12月10日

1992.3.30

Abstract

பெரிய அளவுக்குள்ளேயே

ELIOT, PETER. 1993. DINOPODS AND THE TRIASSIC.

01/03/2018

2014-2018

சென்னை, 13 சனவரி: கிராமப்புறங்களில் உள்ள பள்ளிகளில் கல்விக்கான செலவுகளை குறைக்க அரசு நடவடிக்கை எடுக்கிறது. கிராமப்புறங்களில் உள்ள பள்ளிகளில் கல்விக்கான செலவுகளை குறைக்க அரசு நடவடிக்கை எடுக்கிறது.

246.05

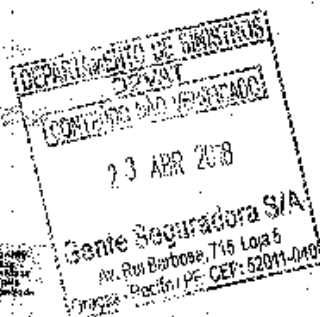
[illegible][illegible]

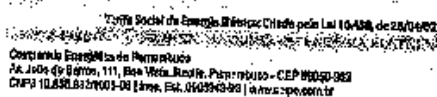
TETRA-NAFALISA

[illegible][illegible]

ETAWAY/USL & R. 13 639 0000 140

1. The first step in the process of the investigation is the identification of the problem. This is done by the investigator who is responsible for the study. The next step is the formulation of a hypothesis. This is a statement that predicts the outcome of the study. The third step is the design of the study. This involves the selection of the subjects, the measurement of the variables, and the control of the extraneous variables. The fourth step is the collection of data. This is done by the investigator who is responsible for the study. The fifth step is the analysis of the data. This is done by the investigator who is responsible for the study. The sixth step is the interpretation of the results. This is done by the investigator who is responsible for the study. The seventh step is the reporting of the results. This is done by the investigator who is responsible for the study.





THE LINE CO. 110 W. 30th St. New York, N.Y. 10018

DOUGLAS VICENTE FERREI
SAO VICENTE FERREI PE
55862-000

127219-022 072017

01/08/2017 14:53:50

TOTAL ALPACOS 1000

31.49

1997

— 10 —

CONFIDENTIAL

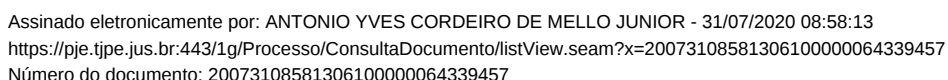
SECRET
NO VULGAR

73 APR 27

Gente Sem
Av. El Ni
Gracas - 31

Source	Channel	Time	Frequency	Altitude	Speed
Q137116	102MHz	Alt 400	102.0MHz	10000 ft	200 Kts
Q136000	102.0MHz	Alt 400	102.0MHz	10000 ft	200 Kts

The above information is for information only. It is not to be used for any other purpose. It is not to be used for any other purpose. It is not to be used for any other purpose.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

CPF da Vítima

716.933.114-45

Data do Acidente

02.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

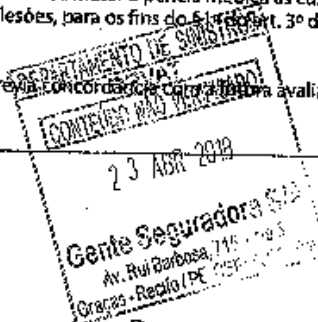
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 prova, concordando com a perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



S. V. FERREIRA, 20 de MARÇO de 2018

Local e Data

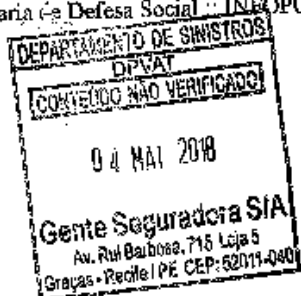
ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI-001 V001/2017





0164406118
0164450148

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 123ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO VICENTE FERRER - DP123ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0213000167**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/03/2018** às **08:02**

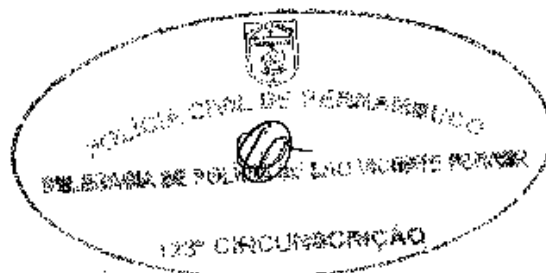
Complementado pelo BO Número: **18E0213000185**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **3/12/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA FEDERAL BR-408, PRÓXIMO AO ABATEDOURO DE FRANGO DA MAURICÉIA - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE NAZARE DA MATA, 1 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

X (AUTOR / AGENTE)
WELISON ADELINO DA SILVA (OUTRO)
ROMERO ALEXANDRE FERREIRA (VITIMA)
J.M.D.S. (Menor de Idade) (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

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

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA AUXILIADORA DA SILVA Pai: **DAMIÃO ALEXANDRE FERREIRA** Data de Nascimento: **4/3/1979** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PATRICIO GOMES, 116 - CEP: 55860000 - Bairro: RECREIO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

J.M.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSÉ JERONIMO Pai: **JOSÉ MARCELO ALBINO DA SILVA** Data de Nascimento: **19/9/2000** Naturalidade: **SAO VICENTE FERRER / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PATRICIO GOMES, 116 - CEP: 55860000 - Bairro: RECREIO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

WELISON ADELINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: S Data de Nascimento: **11/1900** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO VICENTE FERRER, 1 - CEP: 55860-000 - Bairro: CENTRO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

X (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: D



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELISON ADELINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR160 BROS** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KQ8612** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9G2K00620AR003235**

Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL, A VITIMA SENHOR ROMERO ALEXANDRE, COMUNICANDO QUE AO RETORNAR DE VIAGEM EM UMA MOTOCICLETA JÁ ESPECIFICADA ACIMA, PELA RODOVIA FEDERAL BR-408, NA ZONA RURAL DE NAZARÉ DA MATA/PE, O QUAL TRAZIA NA GARUPA DA MOTO A SUA COMPANHEIRA JACIARA MARCELA, QUE AO PASSAR EM UMA LOMBADA NAS IMEDIAÇÕES DO ABATEDOURO DE FRANGO DA MAURICEIA, E AO ULTRAPASSAR UM CAMINHÃO DE CANA QUE ENCONTRAVA-SE A SUA FRENTE, VEIO A ALBARROAR COM UM OUTRO VEICULO DE PLACA NÃO ANOTADA QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DE SUA MÃO DE DIREÇÃO O QUAL LOGO APÓS O ACIDENTE TOMOU RUMO IGNORADO, QUE DEVIDO AO ALBARROAMENTO AS VITIMAS FORAM JOGADAS AO SOLO, QUE DEVIDO AO ACIDENTE O COMUNICANTE VEIO A SOFRER FRATURAS EM SUA PERNA DIREITA, ANTE-BRAÇO E MÃO ESQUERDA, ALÉM DE VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE A SUA COMPANHEIRA JACIARA MARCELA, QUE VINHA COMO PASSAGEIRA NA GARUPA DA MOTO, VEIO A SOFRER FRATURAS EM SUA PERNA ESQUERDA, QUE O SENHOR ROMERO LOGO APÓS O ACIDENTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU DA CIDADE DE NAZARÉ DA MATA/PE, ENQUANTO A VITIMA JACIARA FOI SOCORRIDA PELO SAMU DA CIDADE DE BUENOS AIRES/PE, OCORRÊNCIA DE Nº 9412352, AMBAS AS VITIMAS FORAM LEVADAS PARA O HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO, LOCALIZADO NA CIDADE DE NAZARÉ DA MATA/PE, ONDE RECEBERAM OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS A PESSOA DE ROMERO FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 1047574, E A SUA COMPANHEIRA JACIARA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, CONFORME TRANSFERÊNCIA DO SAMU Nº 9412375, E GUIA DE ATENDIMENTO Nº 516267 DO HGV, AMBOS HOSPITAIS LOCALIZADOS NA CIDADE DE RECIFE/PE. CASO AFETO A DELEGACIA MUNICIPAL DE NAZARÉ DA MATA/PE, QUE APÓS A CONFEÇÃO DO B.O., O MESMO SERÁ REMETIDO PARA AQUELA DEPOL PARA CONHECIMENTO DOS FATOS E DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABIVEIS.

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

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
(VITIMA)

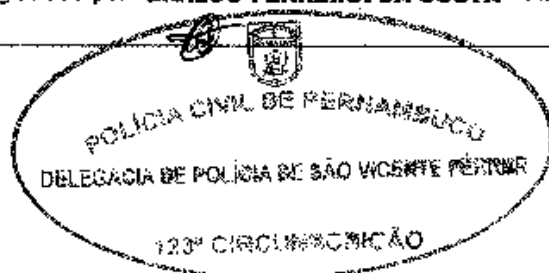
J.M.D.S. (Menor de Idade)
(VITIMA)

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

+ Jaciara Marcela da Silva

Maria José Leronimo

B.O. registrado por: **ERALDO FERREIRA DA COSTA** - Matrícula: **380991-9**





437940

0144414/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 123ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO VICENTE FERRER - DP123ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0213000185**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/03/2018** às **10:15**

Complementa o BO Número: **18E0213000167**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 3/12/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA FEDERAL BR-408, PRÓXIMO AO ABATEDOURO DE FRANGO DA MAURICEIA - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE NAZARE DA MATA, 1 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

X (AUTOR/AGENTE)
WELISON ADELINO DA SILVA (OUTRO)
ROMERO ALEXANDRE FERREIRA (VITIMA)
JACIARA MARCELA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

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

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA AUXILIADORA DA SILVA Pai: DAMIÃO ALEXANDRE FERREIRA Data de Nascimento: 4/3/1979 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA PATRICIO GOMES, 116 - CEP: 55860-000 - Bairro: RECREIO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

JACIARA MARCELA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSÉ JERONIMO Pai: JOSÉ MARCELO ALBINO DA SILVA Data de Nascimento: 19/9/2000 Naturalidade: SAO VICENTE FERRER / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA PATRICIO GOMES, 116 - CEP: 55860-000 - Bairro: RECREIO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

WELISON ADELINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: S Data de Nascimento: 1/1/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO VICENTE FERRER, 1 - CEP: 55860-000 - Bairro: CENTRO - SAO VICENTE FERRER/PERNAMBUCO/BRASIL**

X (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: D



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELISON ADELINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **K9Q8612** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD0520AR003235**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL, A VITIMA SENHOR ROMERO ALEXANDRE, COMUNICANDO QUE AO RETORNAR DE VIAGEM EM UMA MOTOCICLETA JÁ ESPECIFICADA ACIMA, PELA RODOVIA FEDERAL BR-408, NA ZONA RURAL DE NAZARÉ DA MATA/PE, O QUAL TRAZIA NA GARUPA DA MOTO A SUA COMPANHEIRA JACIARA MARCELA, QUE AO PASSAR EM UMA LOMBADA NAS IMEDIAÇÕES DO ABATEDOURO DE FRANGO DA MAURICEIA, E AO ULTRAPASSAR UM CAMINHÃO DE CANA QUE ENCONTRAVA-SE A SUA FRENTE, VEIO A ALBARROAR COM UM OUTRO VEICULO DE PLACA NÃO ANOTADA QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DE SUA MÃO DE DIREÇÃO O QUAL LOGO APÓS O ACIDENTE TOMOU RUMO IGNORADO, QUE DEVIDO AO ALBARROAMENTO AS VITIMAS FORAM JOGADAS AO SOLO, QUE DEVIDO AO ACIDENTE O COMUNICANTE VEIO A SOFRER FRATURAS EM SUA PERNA ESQUERDA, ANTE-BRACO E MÃO ESQUERDA, ALÉM DE VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE A SUA COMPANHEIRA JACIARA MARCELA, QUE VINHA COMO PASSAGEIRA NA GARUPA DA MOTO, VEIO A SOFRER FRATURAS EM SUA PERNA ESQUERDA, QUE O SENHOR ROMERO LOGO APÓS O ACIDENTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU DA CIDADE DE NAZARÉ DA MATA/PE, ENQUANTO A VITIMA JACIARA FOI SOCORRIDA PELO SAMU DA CIDADE DE BUENOS AIRES/PE, OCORRÊNCIA DE Nº 9412352, AMBAS AS VITIMAS FORAM LEVADAS PARA O HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO, LOCALIZADO NA CIDADE DE NAZARÉ DA MATA/PE, ONDE RECEBERAM OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS A PESSOA DE ROMERO FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 1047574, E A SUA COMPANHEIRA JACIARA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, CONFORME TRANSFERÊNCIA DO SAMU Nº 9412375, E GUIA DE ATENDIMENTO Nº 516267 DO HGV, AMBOS HOSPITAIS LOCALIZADOS NA CIDADE DE RECIFE/PE. CASO AFETO A DELEGACIA MUNICIPAL DE NAZARÉ DA MATA/PE, QUE APÓS A CONFEÇÃO DO B.O., O MESMO SERÁ REMETIDO PARA AQUELA DEPOL PARA CONHECIMENTO DOS FATOS E DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABIVEIS.

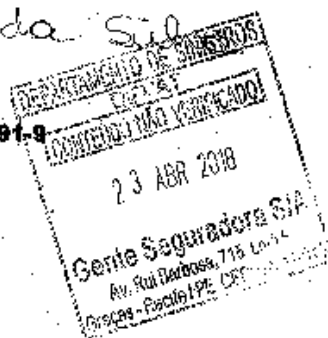
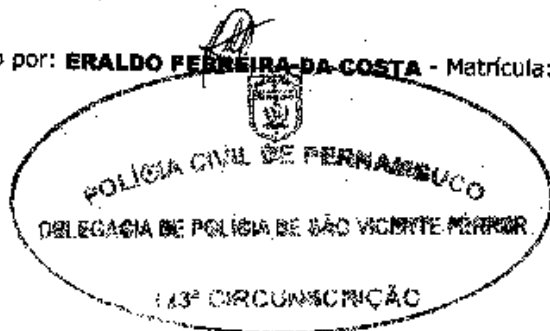
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
(VITIMA)

JACIARA MARCELA DA SILVA
(VITIMA)

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Jaciara Marcela da Silva

B.O. registrado por: **ERALDO FERREIRA DA COSTA** - Matrícula: **380991-9**



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

716.933.114-45

Nome completo da vítima

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

CPF titular da conta

716.933.114-45

Profissão

DESEMPREGADO

Endereço

RUA PATRÍCIO GOMES

Número

116

Complemento

CASA

Bairro

RECREIO

Cidade

SÃO VICENTE FERRER

Estado

PE

CEP

55.860-000

Email

Telefone (DDD)

(081) 939 194498

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, que o endereço informado é verdadeiro e atualizado. Cópia do comprovante de residência do endereço informado, em anexo.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

BRADESCO

NRO

237

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

L/V

1877

5

20710

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São V. Ferrer, 20 de MARÇO de 2018

Local e Data

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Carta nº: 13316066

A/C: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Nº Sinistro: 3180184594
Vitima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

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: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000001877-5

Conta: 0000020710-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

Valor a indenizar: 18,75% x 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00845/00846 - carta_15R - INVALIDEZ

00020423



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Sinistro: 3180184594

Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

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 **3180184594** 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

Pag. 01093/01094 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13220408



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Nº Sinistro: 3180184594

Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184594**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, 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** 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

Pag. 00199/00200 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12908303



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Sinistro: 3180184594

Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

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 **3180184594** 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

Pag. 00813/00814 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12780466



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Carta nº: 12858326

A/C: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Nº Sinistro: 3180184594
Vitima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

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: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001877-5

Conta: 0000020710-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01195/01196 - carta_15R - INVALIDEZ

00020598



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Nº Sinistro: 3180184594

Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184594**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, 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** 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

Pag. 00409/00410 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12737151



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Nº Sinistro: 3180184594

Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184594**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, 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** 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

Pag. 00319/00320 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12711236



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Nº Sinistro: 3180184594

Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180184594**.

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 12711165

Pag. 01119/01120 - carta_01 - INVALIDEZ



BRABESCO

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: 28/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

CONTA: 000000020710-1

Nr. Autenticação

BRABESCO2808201805000000000023701877000000020710253125 PAGO



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: 22/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

CONTA: 000000020710-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2205201805000000000023701877000000020710236250 PAGO



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: **3180184594**

Nome do(a) Examinado(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PATRICIO GOMES, 116 - RECREIO - São Vicente Ferrer - PE - CEP 55860-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [- /PE] -

Data e local do acidente: [**03/12/2017**] **NAZARÉ DA MATA - PE**

Data e local do exame: [**14/05/2018**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DOS 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM COXA ESQUERDA PARA CONTROLE DE DANOS. APÓS 4 DIAS FOI REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. REALIZADA A FIXAÇÃO DAS FRATURAS DOS QUIRODÁCTILOS COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER NÚMERO 1,5 MM. APÓS 7 DIAS FOI REALIZADO A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA E REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

REFERE DOR CRÔNICA NA COXA COM USO DE ANALGÉSICOS. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-115º) DO COTOVELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM 1 CM E DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO (ADM 0-75º) E SUPINAÇÃO (ADM 0-75º) DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE NOS 2º E 3º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS COM ATITUDE EM EXTENSÃO DE 15º DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO LEVE DA FLEXÃO DOS 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS E REDUÇÃO DA FORÇA DE PRENSÃO MANUAL À ESQUERDA. APRESENTA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA ESQUERDA, BLOQUEIO ARTICULAR DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO E RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM FACE MEDIAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 8 CM (PROVÁVEL FOCO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA). APRESENTA REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO DO JOELHO (GRAU II) E INTENSA MARCHA CLAUDICANTE.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro superior 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):

Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 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.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOD 14836



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



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: **3180184594**

Nome do(a) Examinado(a): **ROMERO ALEXANDRE FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PATRICIO GOMES, 116 - RECREIO - São Vicente Ferrer - PE - CEP 55860000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**-SSP /PE**] **-5981847**

Data e local do acidente: [**03/12/2017**] **NAZARÉ DA MATA - PE**

Data e local do exame: [**13/08/2018**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DOS 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

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

REFERE DOR CRÔNICA NO JOELHO COM USO DE ANALGÉSICOS DE FORMA CONSTANTE. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-115º) DO COTOVELO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO (GRAU II) DO COTOVELO E HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM 1 CM. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO (ADM 0-75º) DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, DEFORMIDADE IMPORTANTE EM 2º E 3º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS COM ATITUDE EM EXTENSÃO DE 15º EM 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-30º) DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR (GRAU 4) DE PRENSÃO PALMAR ESQUERDA. APRESENTA HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA, REDUÇÃO MODERADA DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO, RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM FACE MEDIAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 8 CM (PROVÁVEL FOCO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA) E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO DO JOELHO (GRAU II). APRESENTA INTENSA MARCHA CLAUDICANTE.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

PERICIAO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM COXA ESQUERDA PARA CONTROLE DE DANOS. APÓS 4 DIAS FOI REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA DA FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FIXAÇÃO DA FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. REALIZADA A FIXAÇÃO DE FRATURA DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO ESQUERDA COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER, NÚMERO 1,5 MM. APÓS 7 DIAS REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA E REALIZADA A FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do membro superior 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):

Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 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):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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.

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 14/05/2018. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE. NÃO TENDO SIDO CONSIDERADO A LIMITAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR POR UM ERRO DO SISTEMA, INDENIZAR 75% DO JOELHO ESQUERDO NESTE PARECER. CONDUTA MANTIDA EM RELAÇÃO AS SEQUELAS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM: 8085 - CBO: 34411
TEOD - 14036



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): ROMERO ALEXANDRE FERREIRA, brasileiro, solteiro, CTPS nº 26621, série nº 00063 – SPES/MF, inscrito no CPF(MF) sob o nº 716.933.114-45, residente na Rua Patrício Gomes, nº 116, Coque, São Vicente Férrer-PE, CEP: 55.860-000.

OUTORGADO: JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA, brasileiro, casado, RG nº 2.417.796 - SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 402.061.224-20, com endereço profissional sito à rua Matias de Albuquerque, nº 223, sala 804, Edf. Bancomércio, Stº. Antônio, Recife, PE.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(s) outorgante(s) acima qualificado(s), nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) bastante(s) procurador(a)(s), (a)(s) outorgado(a)(s) também qualificado(a)(s), para representá-lo(a)(s) no que diz respeito ao recebimento da indenização do seguro DPVAT (Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre).

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

São Vicente Férrer/PE, 29 de março de 2018.

ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
OUTORGANTE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184594 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DOS 2ª, 3ª, 4ª E 5ª QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

Descrição do exame médico pericial: REFERE DOR CRÔNICA NA COXA COM USO DE ANALGÉSICOS. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-115º) DO COTOVELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM 1 CM E DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO (ADM 0-75º) E SUPINAÇÃO (ADM 0-75º) DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE NOS 2ª E 3ª QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS COM ATITUDE EM EXTENSÃO DE 15º DO 3ª QUIRODÁCTILO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO LEVE DA FLEXÃO DOS 3ª E 4ª QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS E REDUÇÃO DA FORÇA DE PRENSÃO MANUAL À ESQUERDA. APRESENTA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA ESQUERDA, BLOQUEIO ARTICULAR DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO E RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM FACE MEDIAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 8 CM (PROVÁVEL FOCO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA). APRESENTA REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO DO JOELHO (GRAU II) E INTENSA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM COXA ESQUERDA PARA CONTROLE DE DANOS. APÓS 4 DIAS FOI REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. REALIZADA A FIXAÇÃO DAS FRATURAS DOS QUIRODÁCTILOS COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER NÚMERO 1,5 MM. APÓS 7 DIAS FOI REALIZADO A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA E REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184594 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DOS 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

Descrição do exame médico pericial: REFERE DOR CRÔNICA NO JOELHO COM USO DE ANALGÉSICOS DE FORMA CONSTANTE. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-115º) DO COTOVELO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO (GRAU II) DO COTOVELO E HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM 1 CM. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO (ADM 0-75º) DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, DEFORMIDADE IMPORTANTE EM 2º E 3º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS COM ATITUDE EM EXTENSÃO DE 15º EM 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-30º) DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR (GRAU 4) DE PREENSÃO PALMAR ESQUERDA. APRESENTA HIPOTROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA, REDUÇÃO MODERADA DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO, RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM FACE MEDIAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 8 CM (PROVÁVEL FOCO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA) E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO DO JOELHO (GRAU II). APRESENTA INTENSA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: PERICIADO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM COXA ESQUERDA PARA CONTROLE DE DANOS. APÓS 4 DIAS FOI REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA DA FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FIXAÇÃO DA FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. REALIZADA A FIXAÇÃO DE FRATURA DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO ESQUERDA COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER, NÚMERO 1,5 MM. APÓS 7 DIAS REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA E REALIZADA A FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/08/2018

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 14/05/2018. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE. NÃO TENDO SIDO CONSIDERADO A LIMITAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR POR UM ERRO DO SISTEMA, INDENIZAR 75% DO JOELHO ESQUERDO NESTE PARECER. CONDUTA MANTIDA EM RELAÇÃO AS SEQUELAS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184594 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMERO ALEXANDRE FERREIRA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



CARTA DE SOLICITAÇÃO DE REANALISE

EU ROMERO ALEXANDRE FERREIRA PORTADOR(A) DO

CTPS-26621 SERIE-00063 E CPF 716.933.114-45 RESIDENTE NA

RUA/AV RUA PATRICIO GOMES

Nº 116

BAIRRO RECREIO CIDADE SÃO VICENTE FERRER UF: PE VENHO

ATRAVÉS DESTA, SOLICITAR REANALISE DO PROCESSO 3180.184594

UMA VEZ QUE NÃO CONCORDO COM O VALOR INDENIZATÓRIO.

Cidade SÃO V. FERRER 23/05/2018



ROMERO ALEXANDRE FERREIRA
(Assinatura)





