



Número: **0036975-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado    |
|---|----------------------------------|
| JOAO ANTONIO DA SILVA NETO (AUTOR)                        | EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO) |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)                      |                                  |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (REU) |                                  |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO<br>(PERITO)       |                                  |

**Documentos**

| Id.          | Data da Assinatura | Documento                      | Tipo               |
|--------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| 68150<br>790 | 17/09/2020 16:52   | <a href="#"><u>ANEXO 1</u></a> | Outros (Documento) |



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

---

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200109193**      **Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO**

**Data do Acidente: 07/02/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOAO ANTONIO DA SILVA NETO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01869/01870 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020935

Carta nº 15603377



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200109193      Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 07/02/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01255/01256 - carta\_02 - INVALIDEZ



00050628

Carta nº 15620437



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200109193 Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

**Data do Acidente: 07/02/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Senhor(a). JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12.50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004753

Conta: 0000018835-0

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do registro no ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  6 - CPF:   
 7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:   
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - CEP:  14 - CEP:   
 15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ajuste uma ou mais)

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

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar o dígito se excluir

Informar o dígito se excluir

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar o dígito se excluir

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

### 22 - 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 (Lei nº 6.134/78), uma vez que:

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

Solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/78.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso descreva do seu conteúdo.

|  |   |   |  |   |  |
|--|---|---|--|---|--|
| 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo |   | 24 - Data do óbito da vítima: <input type="text" value=""/>                                     |  |   |  |
| 25 - Grau de parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  | 26 - Vítima deixou companheiro(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    | 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: <input type="text" value=""/> |  |   |  |
| 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 30 - Vítima deixou nascituro (menor)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 33 - Vítima deixou pais/vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso se verifique, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFARETIZADO

TESTEMUNHAS

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

*JOÃO ANTONIO DA SILVA NETO*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





1753



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 019<sup>a</sup> CIRCUNSCRICAO - 2<sup>a</sup> DELEGACIA DE POLICIA  
MURIBECA - DIM/6<sup>a</sup> DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N<sup>o</sup>. 18E4141000247

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/06/2018** às **11:17**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que ocorreu no dia **7/2/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA EIXO DE INTEGRACAO, 01 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JASOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
GRACILIANO ALVES DE COUTO ( OUTRO )  
JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO

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

**JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO** (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mae: **DULCILEIDE ANTÔNIA DA SILVA** Data de Nascimento: **29/10/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **RUA JOSE FIRMINO, RIBEIRÃO - RIBEIRAO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE RIBEIRAO, 22, RUA JOSE FIRMINO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIBEIRAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**GRACILIANO ALVES DE COUTO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA PDP-3733 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GRACILIANO ALVES DE COUTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**CAMINHÃO HYUNDAI PLACA DESCONHECIDA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**,

25/06/2018 11:00



que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE TRANSITAVA EM UMA MOTO, DE PLACA PDP-3733, PELA AVENIDA FÍXO DA INTEGRAÇÃO, EM MURIBECA, QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA DESCONHECIDA EFETUOU UMA CONVERSÃO, ONDE A VÍTIMA COLIDIU LATERALMENTE NO REFERIDO VEÍCULO DESCONHECIDO, VINDO A CAUSAR-LHE LESÕES. INFORMA TAMBÉM QUE FORA SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE NÚMERO S-436697, SENDO ENCAMINHADO PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA.

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

JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CLAUDIO DIEGO ROCHA MARTINS PEREIRA** - Matrícula: 297023-7





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - ID da Vítima ou ASL:

3 - CPF da vítima:

069.590.524-09

4 - Nome completo da vítima:

JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS É FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

6 - CPF:

069.590.524-09

7 - Profissão:

RECLUSO

8 - Endereço:

RUA JOSE FIDELINO

9 - Número:

22

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

RIBEIRÃO

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

85000-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDI):

(61) 99710-9292

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Semente para os bancos abaixo. Adicione uma seção) Bradesco (337) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4753

CONTA: 18835

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.196/74), uma vez que:

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

Sócio o prazo regulamentado da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IMI, comprovando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas automotivas, conforme o disposto na Lei nº 154/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso houver alguma dúvida quanto ao seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos

30 - Vítima deixou

nascido(a) (se nascido?)

 Sim Não

31 - Vítima:

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos

33 - Vítima deixou

Falecidos

 Sim Não

34 - Vítima:

 Sim Não

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIBEIRÃO - PR 06/02/20

JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001.V002/2019

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



# 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: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04753

CONTA: 000000018835-0

---

Nr. da Autenticação CE1AAA6966D0F062



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 9

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE - PERNAMBUCO  
CEP 50009-902  
CNPJ 18.855.322/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 8005943-43



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL, 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento a deficientes auditivos ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria: 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
Acre-ARPE: 0800-271-0167-1 | Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| DADOS DO CLIENTE<br><br>KALINA GOMERELA PEIXOTO DE OLIVEIRA<br><br>CFF: 041.775-066-78 NIS: 14258279603    | DATA DE VENCIMENTO<br><br><b>15/01/2020</b> | DATA EM BREVE<br>05/01/2020<br><br>DATA DA APRESENTAÇÃO<br>06/01/2020<br><br>NÚMERO DA NOTA FISCAL<br>091498656 | CONTA CONTRÁTUAL<br>00036057201<br><br>Nº DO CLIENTE<br>8502127593<br><br>Nº DA INSCRIÇÃO<br>30033170022 |
| ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA<br><br>RUA JOSÉ FIRMINO 22<br><br>CENTRO/RIBEIRÃO<br>35200-000 RIBEIRÃO PE | TOTAL A PAGAR (R\$)<br><br><b>139,91</b>    | CLASSIFICAÇÃO<br><br>R1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST. SOCIAL CONTINUADA - BPC<br>Monetário                  |  |
|  |   | RESERVADO AO FISCO<br><br>0C1FD82D.7092.C220.84B8.C3D8.98AC.7501  |  |

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                    |            |           |            |           |    |                  |
|--|--------------------|------------|-----------|------------|-----------|----|------------------|
| NÚMERO DO<br>SÉRIE/DOC.                    | TÍPO DA<br>PARCELA | ABSTRAÇÃO  |           | DATA       |           | M/ | CONSUMO<br>MÉDIO |
|  |                    | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   |    |                  |
| 00000000000000000000                       | CNF                | 11/03/2019 | 13.311,00 | 06/03/2019 | 13.307,00 | 36 | 1,08888          |

1996 © The McGraw-Hill Companies, Inc.

Peço-me por sua parte de vocês c/1.º. termos duas de pilar Itaú c/ rua cedano-moinho centro / e) comércio e serviços: prc 10 de setembro 194  
Na data de leitura a baixarão em vigor à Anacel. Mais informações em [www.anacel.gov.br](http://www.anacel.gov.br).  
Enbrama CEMB sobre subvenções CDE, conforme Decreto Estadual 59.439/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível da tensão de fornecimento.  
Pág. 16, alínea g) deve mudar (Resolução ANEEL), Juros 114,40 (10.438,62) e estabilização monetária no prazo.  
Gestão da energia da Série Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.426 de 20/04/92 - R\$ 51,00  
O cliente é compensado quando há desempenhamento de prazo definido para se padronizar ou manutenção comum.  
Em caso de suspensão de fornecimento, e encarregando-se da ANEEL poderá corrigir após 2 dias de fatura, podendo também ser subtraído o custo da disponibilidade no sócio que exerce a suspensão.  
p. comunicação entre concessionárias e concessionárias de serviços de telecomunicação. Art 7º REN 33

| NÍVEIS DE TENSÃO      |                        |        |
|-----------------------|------------------------|--------|
| TENSÃO A<br>MIN (V)   | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |        |
|                       | MÍNIMO                 | MÁXIMO |
| 220                   | 192                    | 231    |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |                        |        |

在本办法施行前已经依法取得的，依照本办法的规定执行。

CONTA CONTRAÚDO MÊS ANO TOTAL A PAGAR (R\$) VENCIMENTO TALÃO DE PAGAMENTO  
000366572921 01/2020 139,91 15/01/2026 Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.



Queixa Principal / História

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO CARRO-MOTO REFERINDO DOR NO PUNHO DIREITO

Antecedentes

DM:  SIM  NÃO

HAS:  SIM  NÃO

Alergia:  SIM  NÃO

Medicamentos:  SIM  NÃO

Exame Físico

EG: Bom

Consciente

Orientado e Conversando

Hidratado

Nutrido

Corado

Aclanótico

Anictérico

Eupnélico

Afebril

Sem Edemas

ACV:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

AR:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

AD:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

SN:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

SGU:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

ORL:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

Pele:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

AP. Locomotor:  EDEMA  DOR A MOVIMENTAÇÃO  EQUITOSE  HEMATOMA  DEFORMIDADE ÓSSEA  
 OUTROS:

| Medição: | PAS | PAD | FR. | FC | P (KG) | T. | Alt. (cm) | SAT (%) |
|----------|-----|-----|-----|----|--------|----|-----------|---------|
|          |     |     |     |    |        |    |           | 20      |



Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

**UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
 Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 11

# UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

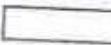
Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 07-02-2018 18:44

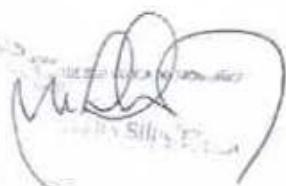
|                     |   |
|---------------------|---|
| Nome Paciente:      | JOAO ANTONIO DA SILVA NETO  |
| Cód. Paciente:      | 501676  |
| Data de Nascimento: | 29/10/1986  |
| Sexo:               | Masculino   |
| Idade:              | 33  |
| Senha:              | A0226   |
| Convênio:           | 2 - SUS - AMBULATORIO   |
| Atendimento:        | 1049169   |
| SAME:               |  |

Período: 07-02-2018 18:46 - 07-02-2018 18:47

|                      |   |
|----------------------|---|
| Prioridade:          | AMARELO - URGENTE   |
| Cor:                 |  AMARELO   |
| Queixa Principal:    | PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU JABOTÃO (BASICA 3) EM MACA , PRANCHA RÍGIDA , COLAR CERVICAL , COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO(COLISÃO MOTO X CARRO) , HÁ 2H, APRESENTA ESCORIAÇÃO EM PUNHO D. E REGIÃO TROCANTERICA DIREITA , NEGA VÔMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA. |
| Observação:          | NEGA ALERGIA  |
| Fluxograma sintoma:  | PROBLEMAS EM EXTREMIDADES   |
| Discriminador(es):   | - DEFORMIDADE GROSSEIRA?  |
| Especialidade:       | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA   |
| Sinais Vitais Lidos: | - REGUA DE DOR: 5<br>- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00  RPM  |

## Alergias Atuais do Paciente

| Substância      | Observação |
|-----------------|------------|
| - NEGA ALERGIAS | -          |



Acolhido(a) por: RICARDO JOSE OLIMPIO - COREN: 7362 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 05-02-2020 11:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 12

Prescrição: 1450789 Data: 07/02/2018 19:01  
Usuário: ANTONIOMSCF  
Atendimento: 1049169 Dt Nas: 29/10/1986 (31a 7m 27d)  
Convênio: SUS - AMBULATORIO  
Paciente: 801676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO  
Peso: Altura: Sup. Corporea:  
Internação: 07/02/2018 18:58 0 Dias(s) int  
Médico: SALV PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int: ATENDIMENTO-SPA Leito: Cobertura:  
Cid: 5602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Ciclo: /  
Diagnóstico:  
Protocolo:  
Classificação de Risco:URG  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

### PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

| EXAMES IMAGEM                                    | Qtd | Unidade | SN | Agl | Frequência | Data/Horários |
|--|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 RX PUNHO DIREITO A.P. / PERFIL : Exame: 272303 | 1   |         |    |     |            |               |

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição: 1480792 Data: 07/02/2018 19:13  
Usuário: ANTONIOMSCF  
Atendimento: 1049189 Dt Nasc: 29/10/1986 (21a 7m 27d)  
Convênio: SUS - AMBULATORIO  
Paciente: 601676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO  
Peso: Altura: Sup. Corpórea:  
Internação: 07/02/2018 18:50 0 Dia(s) Int  
Medico: SAUL PINHEIRO REBOLUCAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid Int: ATENDIMENTO-SPA Letra: Cobertura:  
Crt: 3602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Cicle: /  
Diagnóstico:  
Protocolo:  
Classificação de Risco: URG  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável

### Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

### PRESCRIÇÃO MEDICA

| MEDICAMENTOS  | Qty | Unidade | SN | Apl | Frequência | Datas/Horários |
|---|-----|---------|----|-----|------------|----------------|
| 1 C.C. CETOPROFENO IV PO/SOL. INJ.100MG<br> -> SERINGA DESCARTAVEL 10<br>CC S/ AGULHA<br> -> ESCALPE N. 21<br> -> AGUA BIDESTILADA SOLINU.<br>10ML<br>Ora:<br> -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL | 1   | FA      |    | IV  | Agora      |                |
| 2 C.C. DIPIRONA SODICA-SOLINU. 1G -2ML<br> -> ESCALPE N. 21<br> -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL<br> -> AGULHA BIDESTILADA SOLINU.<br>10ML<br> -> SERINGA DESCARTAVEL 10<br>CC S/ AGULHA        | 1   | AMP     |    | IV  | Agora      |                |



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 14

Prescrição.: 1480293 Data: 07/02/2018 19:13  
Usuário...: ANTONIOMSCF  
Atendimento: 1049159 Dt Nasc: 29/10/1986 (31a 7m 27d)  
Convênio...: SUS -AMBULATORIO  
Paciente...: 501676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO  
Peso...: Altura: Sup. Corporal:  
Internação: 07/02/2018 18:50 0 Dias(s) int  
Médico...: SAUL PINHEIRO RESOLUCAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:  
Cid.: 5602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Cida.:/  
Diagnóstico:  
Protocolo:  
Classificação de Risco: URG  
PRESTADOR RESP PELO DOCUMENTO: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rúbrica do Responsável



### Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

### PREScrição DE PROC EXAMES

| PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM | Qtd | Unidade | SN | Ap1 | Frequência | Datas/Horários |
|--------------------------|-----|---------|----|-----|------------|----------------|
| 2 CURATIVO TRAUMA        |     |         |    |     | Agora      |                |

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 15

Prescrição.: 1450794 Data: 07/02/2018 19:14  
Usuário.: ANTONIOMSCF  
Atendimento: 1049169 Dt Nasc: 29/10/1986 (31a 7m 27d)  
Convênio.: SUS AMBULATORIO  
Paciente.: 501676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO  
Peso.....: Altura: Sua Corporea:  
Internação: 07/02/2018 16:50 0 Dias(s) int  
Médico: GAUL PINHEIRO REBOUCAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito: Cobertura:  
Cid.: 5602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo:  
Classificação de Risco: URG  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1<sup>ª</sup> VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

### PREScrição DE PROC EXAMES

| PROCEDIMENTOS MEDICOS   | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Datas/Horários |
|---|-----|---------|----|-----|------------|----------------|
| 7 C.C. TALA GESSADA AXILO PALMAR M<br> > ATADURA CREPE 20CM X | 1   |         |    |     |            |                |
| 4,5M 11FIOS   | 1   | UN      |    |     |            |                |
| > ATADURA CREPE 10CM X  | 4   | UN      |    |     |            |                |
| 4,5M 11FIOS   |     |         |    |     |            |                |
| > ATADURA CREPE 15CM X  | 2   | UN      |    |     |            |                |
| 4,5M 11FIOS   |     |         |    |     |            |                |
| > ATADURA GESSADA 10CM  | 1   | UN      |    |     |            |                |
| X4,0M BRANCA  |     |         |    |     |            |                |
| > ATADURA GESSADA 20CM  | 1   | UN      |    |     |            |                |
| X4,0M BRANCA  |     |         |    |     |            |                |

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



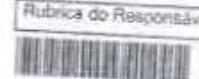
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 16

Prescrição.: 1450827 Data: 07/06/2018 20:03  
Usuário: SAULPRM  
Atendimento: 1049169 Dt Nasc: 29/10/1986 (31a 7m 22d)  
Convênio: SUS - AMBULATORIO  
Paciente.: 501676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO  
Peso: Altura: Sup. Corporea:  
Internação: 07/02/2018 18:50 6 Dia(s) int  
Médico: SAUL PINHEIRO REBOLUCAS MARTINS - CRM 21129  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito: Cobertura:  
Cid.: S602 CONTUSÃO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MÃO Cida.:/  
Diagnósticos:  
Protocolo:  
Classificação de Risco: URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

### PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

#### PROCEDIMENTOS MÉDICOS

|  | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Datas/Horários |
|--|-----|---------|----|-----|------------|----------------|
| 4 C.C. APARELHO GESSADO AXILA PALMAR<br>ENGLOBO NO POLEGAR G | 1   |         |    |     |            |                |
| -> ATADURA GESSADA 15CM X4,0M BRANCA                         | 3   | UN      |    |     |            |                |
| -> ATADURA GESSADA 10CM X4,0M BRANCA                         | 6   | UN      |    |     |            |                |
| -> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS                          | 1   | UN      |    |     |            |                |

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 17

**ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE**

Encaminho o Sr. (a) JOAO ANTONIO DA SILVA NETO , que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000501676 e número de atendimento 01049169 apresentando diagnóstico FRATURA DE ESCAFOIDE DTR para AD AMBULATORIO DE ORTOPEDIA .

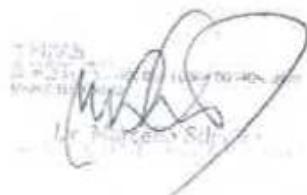
**Observação:**

FRATURA FECHADA DE PUNHO  
GESSO AXIOPALMAR + POLEGAR  
FRATURA DE ESCAFOIDE  
MANTER GESSO ATÉ 2<sup>4</sup> ORDEM;  
REVISÃO COM 3 SEMANAS;  
MEDICADO E ORIENTADO;  
AD AMBULATORIO DE ORTOPEDIA.

Recife, 07 de Fevereiro de 2018

---

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS  
CRM: 21129



Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

**UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs**



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA: 09/02/2018 07:28:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOÃO ANTONIO DA SILVA NETO

RG:

IDADE: 31 Anos

PESO:

Data de Nascimento:

29/10/1986

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

PRESTADOR ASSISTENTE:

BAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

DATA DE ATENDIMENTO: 07/02/2018 18:50:28

ATENDIMENTO: 1049169

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 2 Dia(s)

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO ÚNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S602 - CONTUSÃO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MÃO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

S602 - CONTUSÃO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MÃO

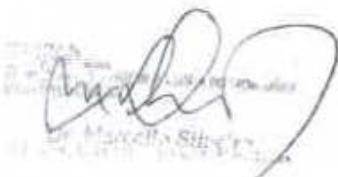
DIAGNÓSTICO DE ALTA:

S602 - CONTUSÃO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MÃO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:



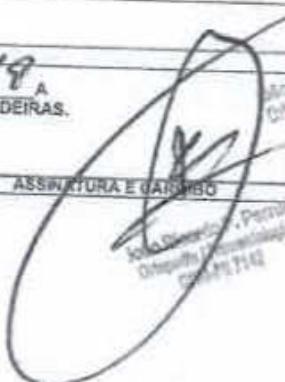
Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais  
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| DATA DO ACIDENTE:   | 07/02/2018   | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:    | 07/02/2018  |
| NOME COMPLETO DA VÍTIMA:  | João Antônio de Almeida Neto   |   |   |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:   | <p><input checked="" type="checkbox"/> Fraturas do Punho Direito</p> <p>- Fratura Escolar de 3is.</p>  |   |   |
| DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):   | <p><input checked="" type="checkbox"/> Fto Conservador da Fratura Escolar</p>  |   |   |
| ALTA MÉDICA?  | <input checked="" type="checkbox"/> SIM  | <input type="checkbox"/> NÃO            |   |
| EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?   | <input type="checkbox"/> SIM   | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |   |
| COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:   | <p><input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.</p> |   |   |
| GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)  |  |   |   |
| <p>SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO</p> <p>1º Múltiplas Fraturas do Punho ± 60%</p> <p>2º Repercussão na articulação</p> <p>3º Perda de função do punho 45%.</p> |  |   |   |
| <p>Assino que assisti e/ou avaliei a vítima no período de 26/02/18 a 26/07/19 e que as respostas acima, são completas e verdadeiras.</p>                            |  |   |   |
| LOCAL:  | Estada   | DATA:                                   | 26/07/19  |
| ASSINATURA E CARIMBO  |  |   |  <p>Yves Cordeiro de Mello Junior<br/>Ortopedista / Traumatologista<br/>CRM-PI 1742</p> |





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 21

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN-PE  
CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA INTERNET

VIA \_\_\_\_\_ CÓD. RENAVAM \_\_\_\_\_ R.T.B. \_\_\_\_\_ EXERCÍCIO \_\_\_\_\_  
\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*

\*\*\*\* NOME / ENDEREÇO \_\_\_\_\_

CPF/COC \_\_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_\_  
\*\*\*\*\* PDP3733

PLACA ANTERIOR/UF \_\_\_\_\_ CHASSI \_\_\_\_\_  
\*\*\*\*\* 9C2KD0800FR017769

ESPÉCIE TIPO \_\_\_\_\_ COMBUSTÍVEL \_\_\_\_\_  
PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/ MODELO \_\_\_\_\_ ANO FAB. \_\_\_\_\_ ANO MOD. \_\_\_\_\_  
HONDA/NXR150 BROS ESD 2015 2015

CAP / POT / CIL. \_\_\_\_\_ CATEGORIA \_\_\_\_\_ COR/PREDOMINANTE \_\_\_\_\_  
2/0/162 PARTIC PRETA

I COTA ÚNICA (R\$) \_\_\_\_\_ VENC. COTA ÚNICA \_\_\_\_\_ VENC./COTAS \_\_\_\_\_  
P FAIXA I.P.V.A. \_\_\_\_\_ PARCELAMENTO / COTAS \_\_\_\_\_ 1° \*\*\*\*  
V \*\*\*\* 3 x 0,00 2° \*\*\*\*  
A 3° \*\*\*\*

PRÉMIO LÍQUIDO (R\$) \_\_\_\_\_ ISOF \_\_\_\_\_ PRÉMIO TOTAL (R\$) \_\_\_\_\_ DATA DE PAGAMENTO \_\_\_\_\_

RESTRICOES: \_\_\_\_\_ OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

Baixa do gravame autorizado pelo Sistema Nacional de Gravames. Agende a vistoria e posterior atendimento de veículo para realização do serviço de Baixa de Gravame apresentando CRV original, photocópias da identidade e CPF, comprovantes de pagamentos de taxas e multas, se houver. Não sendo o proprietário, apresentar a procuração dentro das normas existentes.

No caso de Leasing, antes dos passos anteriores, siga as orientações do Banco/Financeira, bem como, obtenha os documentos para realizar a Transferência da Propriedade do Veículo.

VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REPLETIVAS

RECITE-  
ECON  
VIA INTERNET



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200109193      **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO ANTONIO DA SILVA NETO      **Data do acidente:** 07/02/2018      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** fratura de escafoide punho direito

**Descrição do exame** vítima com bloqueio articular de punho direito, realiza flexão a cerca de 45 graus, extensão a 60 graus, sem prejuízo **físico:** na função da mão.

**Resultados terapêuticos:** tratamento conservador com imobilização gessada, não fez fisioterapia.evoluiu sem complicações  
Alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado     | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086647/20

**Vítima:** JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

**CPF:** 064.590.524-09

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/02/2018

**Titular do CPF:** JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JOAO ANTONIO DA SILVA NETO : 064.590.524-09**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020  
Nome: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO  
CPF: 064.590.524-09

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 24

**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: **3200109193**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO ANTONIO DA SILVA NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA JOSE FIRMINO, 22 - Ribeirão - PE - CEP 55520-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **7174840**

Data e local do acidente: [ **07/02/2018** ] **Jaboatão dos Guararapes, PE**

Data e local do exame: [ **20/03/2020** ] **Recife [ PE ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*fratura de escafoide punho direito*

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

*vítima com bloqueio articular de punho direito, realiza flexão a cerca de 45 graus, extensão a 60 graus, sem prejuízo na função da mão.*

**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.

*tratamento conservador com imobilização gessada, não fez fisioterapia. evoluiu sem complicações Alta médica.*

**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 punho 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):

**Punho 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.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:52:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716520585300000066842776>  
Número do documento: 20091716520585300000066842776

Num. 68150790 - Pág. 26