



Número: **0044108-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

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	
FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69717095	19/10/2020 14:43	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705057

Vítima: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Data do Acidente: 22/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00111/00112 - carta_02 - INVALIDEZ

00070056



Carta nº 15269125





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DADS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sistema ou ADL: _____ 3 - CPF da vítima: **013.782.694-03** 4 - Nome completo da vítima: **FELIPE MATEUS BONNAY DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **FELIPE MATEUS BONNAY DA SILVA** 6 - CPF: **013.782.694-03**
7 - Profissão: **NSMP** 8 - Endereço: **RUA JOAQUIM SIMOES** 9 - Número: **79** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **ALTO DO JOAQUINS** 12 - Cidade: **RIACHO DAS ALMAS** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55120-000**
15 - E-mail: **NSMP** 16 - Tel (DDD): **(81) 99304-6299**

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

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

CONTA POUPANÇA (Contas para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **4752** CONTA: **34869** **7** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 6.134/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima teve companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou parentes (avós, tios, etc)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Assinatura do requerente: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RIACHO DAS ALMAS (PE), 16/10/19.**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **FELIPE MATEUS BONNAY DA SILVA**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





**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: 3190705057
Nome do(a) Examinado(a): Felipe Mateus Barros da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joaquim Simoa, 79
Alto do Jiquiri Riacho das Almas PE CEP: 55120-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10403782
Data local do acidente: [22/01/2018]
Data local do exame: [30/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA ARTICULAR DO PLATO TIBIAL DO JOELHO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E POSTERIOR CONVERSAO PARA
FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: LESAO CONDRAL/ARTICULAR
Data da Alta: 20/04/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 90 GRAUS), MARCHA PRESERVADA, SEM
HIPOTROFIA DO MIE.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO AO JOELHO 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
 "Vítima em tratamento" "Sem seqüela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Seqüela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |

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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



12/12/2019

Secretaria de Defesa Social - IN/OPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITA - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154001425

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/12/2019 às 15:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/11/2018 às 14:00

Natureza Jurídica: **COLISÃO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, RODOVIA ESTADUAL PE 095, PRÓXIMO A ESTRADA DO SÍTIO ATALAIA, - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS (OUTRO)
F.M.B.D.S. (Menor de Idade) (VÍTIMA)



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): F.M.B.D.S. (Menor de Idade)

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

F.M.B.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA Pat: FÁBIO HELENO DA SILVA Data de Nascimento: 20/7/2000 Naturalidade: RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10403782/SDSPE (RG) 01378289403 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residência: **RUA JOAQUIM SIMOA, 79, CASA - CEP: 0 - Bairro: ALTO DO JIQUIRI - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEL4730 (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Chassi: 9C2KD0550ER532388**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

05.10.2019 15:43:56 - 19E0154001425 - 19/12/2019 15:43:56 - 19E0154001425



12/12/2019

Secretaria de Defesa Social - INFPOL

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL DESCONHECIDO NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA NO ENDEREÇO CITADO, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR OUTRO VEÍCULO DESCONHECIDO QUE TOMOU A CONTRAMÃO VINDO A COLIDIR NO VEÍCULO DA VÍTIMA E APÓS A COLISÃO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO À MESMA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULAR E LEVADA PARA O HOSPITAL EM RIACHO DAS ALMAS, NA OCASIÃO NÃO TINHA MÉDICO, A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA RECIFE-PE ONDE PASSOU POR CIRÚRGIA,

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

F.M.B.D.S. (Menor de idade)

(VÍTIMA)

Felipe matheus BORGES DA SILVA

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

Severino Evaldo do Nascimento
Comissão Especial de Polícia
Mat. 159.816-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - TP do sinistro ou ASE: _____ 3 - CPF da vítima: **013.782.694-03** 4 - Nome completo da vítima: **FELIPE MATEUS BONNAY DO SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: **FELIPE MATEUS BONNAY DO SILVA** 6 - CPF: **013.782.694-03**

7 - Profissão: **NGWA** 8 - Endereço: **Rua Joaquim SIMOA** 9 - Número: **79** 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: **ALTO DO JOIAVINS** 12 - Cidade: **Riacho das ALMAS** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55120-000**

15 - E-mail: **NGWA** 16 - Tel (DDD): **(81) 44304-6399**

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **4752** CONTA: **14869** 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando 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 5.134/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.134/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou 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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou parentes (ou parentes)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Riacho das ALMAS (PE), 16/10/19.**

Felipe Mateus Bonnay do Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000014869-7

Nr. da Autenticação F59E347AAD3E5484





Tela Total de Energia Distribuída pela TSE 10.000 de 2019/03

REGISTRO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Fim. Paju - PE, CEP 53044-000
CNPJ 08.958.800/01 - Ins. Est. 0284641 | www.celpe.com.br

NOME DO CLIENTE
BANCO ANTONIO SARTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAQUIM SÁBIA 79

CPF CNPJ 004-25-110-100000019

ALTO DO JOAQUIM DAS ALMAS
RUA DAS ALMAS FE
53220-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BARRA REDE CO COINTE

4010257145 10/2019

15/10/2019 08/11/2019

92,28

0000	0000	0000
0000	0000	0000
0000	0000	0000

RESUMO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Med. 30.000Wh	01.000000	0,370000	37,00
Consumo Med. superior a 30.000.000Wh	02.000000	1,650000	33,00
Consumo Med. superior a 100.000.000Wh	03.000000	2,850000	28,50
Atenuação Sistema 4.000kVA			0,51
Atenuação Sistema 1000kVA			0,26
Consumo Sist. Distribuição Local			0,50
Impostos (ICMS) 12% (0,50)			0,57
Juros e Multas (10% (0,50))			0,50
TOTAL DA FATURA			92,28

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FATURA	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
47000	144	01/10/2019	01/11/2019	92,28	92,28	92,28	92,28	92,28	92,28	92,28

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%	VALOR (R\$)	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%
Consumo Med. 30.000Wh	37,00	40,10	37,00	Consumo Med. superior a 30.000.000Wh	33,00	35,77
Consumo Med. superior a 30.000.000Wh	33,00	35,77	33,00	Consumo Med. superior a 100.000.000Wh	28,50	30,89
Atenuação Sistema 4.000kVA	0,51	0,54	0,51	Atenuação Sistema 1000kVA	0,26	0,28
Consumo Sist. Distribuição Local	0,50	0,54	0,50	Impostos (ICMS) 12% (0,50)	0,57	0,62
Impostos (ICMS) 12% (0,50)	0,57	0,62	0,57	Juros e Multas (10% (0,50))	0,50	0,54
Juros e Multas (10% (0,50))	0,50	0,54	0,50	Total	92,28	100,00

NOTA: Este documento é uma cópia eletrônica do documento original. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 534988

Prontuário: 1074925

Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Data Nasc.: 26/07/2000

Idade: 19

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 10403752

CNS: 706408166898884

Endereço: RUA JOAQUIM SIMOA

Nº: 79

Bairro: CENTRO

Cidade: RIACHO DAS ALMAS

Estado: PE

CEP: 55120973

Fone: 81586977

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA

Acompanhante: MARINALVA CANDIDA DE ARRUDA BARROS (AVÓ)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: HOSP. DE RIACHO DAS ALMAS, SENHA 5349812, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM QUEDA DE MOTO

SENHA: 5349812

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 22/01/2012 HORA: 17:31 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Do hospital de Riacho das Almas. Retorno com dor no hospital de Riacho das Almas. Retorno com dor!*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emetico: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não
 Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro
 Colisão: Sim Não Local de Impacto: Sofreu Queda: Sim Não Altura: m
 Atróciamento: Sim Não Tipo: Transporte Realizado por: Por que:
 Útilima de Ferimento: Sim Não Condições de imobilização adequadas: Sim Não

Observações:

veja dor no remite

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp: C°

RE

B: Respiratório

S/alteração

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

S/alteração

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow Abertura Ocular
Escore Hora

Glasgow Resposta Verbal
Escore Hora

Glasgow Resposta Motora
Escore Hora

15



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

Ex: Abdômen

S/p/trauma

Diagnóstico Inicial

Fratura de Tibia / Poltraumatizado!

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Sólido RA

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento

- X1 + 1000 UF (PL)

Tratamento / Procedimentos:

- Colostomia 2g+ (E)
- ao Class!

Ass. Médico + Cuidado

Código Procedimento

Dr. Tatilo Rando

Ortopedia

Ass. Médico + Cuidado

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Cuidado

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

Condição de Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadido

Curado Melhorado

Inalterado Piorado

Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externo:

Assist. Social:

Observações

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico: _____ CRM/CRO: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 29/11/2019 03:54 h JGSENEIDEAS | impressão: 29/11/2019 03:54 h JOSENEIDEAS

Médico





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL SETULIO VARGAS	6908758
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL SETULIO VARGAS	6908768

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA		1074925	
Cartão Nacional de Saúde (CNS)		Sexo	
106406163288888		MASCULINO	
Data de Nascimento		CPF	
30/07/2006			
Nome da Mãe do Paciente		Telefone	
MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA		558181586577	
Endereço (Rua, Nº)		UF	
RUA JOAQUIM SIMOES, 78		PE	
Município de Residência		CEP	
RIBACHO DAS ALMAS		55110972	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Relatório Clínico / Exames Físicos

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Diagnóstico Inicial (CID-10)

Diagnóstico Secundário (CID-10)

Outros Acomodados (CID-10)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento	
Responsável	Caráter de Atendimento	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Nº do Doc. (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIAS)

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> EMPREGADO	CNPJ da Seguradora	Nº do Bônus	Seguradora
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR			
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO			
	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBO/ET
	<input type="checkbox"/> APOSENTADO			
	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador		Código do Procedimento Autorizado	
CNES	CNES ou CPF no Protocolo Autorizador	Código de Digito Emisso	Nº da Autorização de Internação Hospitalar
CPF		E269000001	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Número de Registro no Conselho)		



01/10/2020 14:43

PROGRAMA DE SAÚDE ESTREIA DE SAÚDE DO AMARÉ
HOSPITAL HÉLIO VARGAS
ESTRADA DA JEM

PÁG. 1
DATA: 20/10/2019

TIPO DE PROCEDIMENTO	UNIDADE ESPACIAL	APRESENTAÇÃO	EXAME	DATA AUTORIZAÇÃO	PROPOSTA
----------------------	------------------	--------------	-------	------------------	----------

Procedimento: 01 - ORTOPEDIA
Unidade Espacial: 124 - ORTOPEDIA
Apresentação: ORTO
Exame: TRAUMATOLOGIA
Data Autorização: 20/10/2019
CNS: 1044024240002
CNS: 1044024240002

Paciente: 2129484788 BARRIOS DA SILVA
Data Nasc: 04/11/2005 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: BR BRASILEIRO Tipo Doç: NLI Doc: 1540292
Nome da Mãe: MARIA JOSETE DE ARRUDA BARRIOS DA SILVA
Endereço: RUA JOAQUIM SÁDIA 16 Bairro: CENTRO Fone/Out: 79004

Município: 05112 - BUAÇÓ DAS ALMAS UF: PE CEP: 55125-012
Telefone: 05112551177 Nota Prod: 911240
Procedimento autorizado: 04/11/2019 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO
Procedimento proposto: 04/11/2019 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S07 - FRATURA DA ESTREMOIDADE PROXIMAL DA TÍBIA
Diag. secundária: S08 - EXPOSIÇÃO A O
Causa Óssea
Motivador: HOSPITALAR

Contato atendimento: 01 - URGÊNCIA
Data entrada: 05/10/19 Data saída: 20/10/19
Motivador: 01 - URGÊNCIA
Ativ. Anterior: Ativ. Posterior:

Causa Externa (Acidente ou Violência)
CNPJ do Empreendedor: CHACP
Vinculo Previdenciário: CSOR

Link	Procedimento	DOCUMENTO	CNO	CNS/CNPJ	Agora	Valor p	Ord	Grupo	Descrição	11910
1	04.04.03.058-1	99081801772012	202201001	2802783	2802783	2802783	1	012018	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO	
2	04.04.03.058-1	12412250150000	202101104	2802783	2802783	2802783	1	012018	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO	
3	01.23.01.005-0			2481681900107	2802783	2802783	1	212018	PLACA EM T 4,5 MM (INTEGR. PARALELO)	
4	14.18.34.012-1	99081801772012	202201101	2802783	2802783	2802783	1	012018	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C. QU E INJECTORIAS DE	
5	04.04.03.058-1	12412250150000	202101104	2802783	2802783	2802783	1	012018	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C. QU E INJECTORIAS DE	
6	04.04.03.058-1	99081801772012	202201101	2802783	2802783	2802783	1	012018	RETRADA DE FIXADOR EXTERNO	
7	04.04.03.058-1	12412250150000	202101104	2802783	2802783	2802783	1	012018	RETRADA DE FIXADOR EXTERNO	
8	01.23.01.005-0			2802783	2802783	2802783	1	012018	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE CRIANÇA ADOLESCENTE	
9	01.23.01.005-0	99081801772012	202201101	2802783	2802783	2802783	1	012018	CONSULTA/AValiação EM PACIENTE INTERIADO	

Link	Nota Fiscal	CNPJ Fabricador	Lot	Serie	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
1	0020038	24061857300127				

VALORES DA PRESTAÇÃO	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Diária		Diária		Remuneração		
	Proprio	Terceiro	Proprio	Terceiro	Proprio	Terceiro	
CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE					8,90		8,90
DIÁRIAS HOSPITALARES	222,30		22,23		123,60		478,13
DIÁRIAS DE CONSULTA	229,30		33,40		133,80		636,50
DIÁRIAS DE CONSULTA EM CLÍNICA	280,70						280,70
DIÁRIAS DE CONSULTA	48,30						48,30
Total Geral	980,60	0,00	110,03	0,00	457,40	0,00	1.548,03

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
Cód. Característica Descrição

Numero de Necessidade	Numero de Sondas	Nº Próprio
Vinte	Três	Outros

De acordo com o Art. 143, inciso II, do Estatuto do SUS, publicado no Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24/01/1990, Artigo 1º, o SUS, como um sistema nacional de saúde, tem como finalidade a promoção da saúde da população.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL





134478

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE N° Atendimento: 833978 N° Ait: _____
 Nome: FELIPE MATEUS BARRIOS DA SILVA Prontuário: 1074025
 Data Nasc: 20/07/2000 Idade: 19 Sexo: MASCULINO Cor: PARDOS Religião: _____
 CPF: _____ RG: 10403782 CNB: 706408185698884
 Endereço: RUA JOAQUIM SIMÇA Nº: 79
 Bairro: CENTRO Cidade: BUAHO DAS ALMAS Estado: PE
 CEP: 55120873 Fone: 81586077 Profissão: ESTUDANTE
 Nome da Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARRIOS SILVA
 Nome do Conjuge: _____
 Nome: _____
 Parentesco: _____ RG: _____ Fone: 81586077

2 - INTERNAR PARA
 Clínica: CLÍNICA GERAL Prestador: 83
 Unidade de Internação: _____ Lote: CITRAL 102-05
 Diagnóstico Inicial: _____ CID: 362.1
 (Constante do Laudo Médico) Politraumático
 Procedimento Solicitado: _____ CÓD.: _____
 Procedimento Realizado: _____ CÓD.: _____

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxílio Cirúrgico		
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesiata		
7.	Clínico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	44 10000013
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	250 8090053
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	090800043
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE		0240800360

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____ CID: 362.1 CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: _____

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

Politraumático

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: _____
 MOTIVO DA ALTA: _____
 DATA DA INTERNAÇÃO: 05/01 DATA DA ALTA: 20/01/19 DIAS DE INTERNAÇÃO: _____
 OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.



HOSPITAL AFILIAR VARGAS
EMPRESA DE S.A.

Folha: 1
Data: 04/10/2020

Nome do Paciente: **FELIPE MATHEUS KARNOS DA SILVA**
 Nome do Mãe: **MARTA STREYTS DE SANTIAGO GONCALVES**
 RG: **35.812.176-7** | CPF: **066.732.351-35**
 Data de Nascimento: **24/08/2004**
 Endereço: **Rua Coronel Jacinto, 100 - Vila São Carlos - Curitiba - PR - CEP: 81130-100**
 Telefone: **3019-3377** | Mobile: **3019-3377**
 Cidade: **Curitiba - Paraná**
 Estado: **PR**
 Cidades Entexas (Acesso ao Vítimas):
 CNPj do Empreendedor:
 CNAER:
 CNPj: **0005029**
 CNPJ: **24301657000127**

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

CNPJ	Procedimento	DOCUMENTO	CBO	CNEC/CNECJ	Apont. Valor P.	Qtd	Carga	Descrição
24301657000127	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR	02027053	290270	290270	290270	1	210000	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FÊMUR
24301657000127	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR	02027053	290270	290270	290270	1	210000	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FÊMUR
24301657000127	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR	02027053	290270	290270	290270	1	210000	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FÊMUR
24301657000127	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR	02027053	290270	290270	290270	1	210000	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FÊMUR

DADOS DO CNPJ
 Lista: **0005029**
 CNPJ: **24301657000127**
 Nome Fantasia: **AFILIAR VARGAS**
 CNPJ Fabricante: **AFILIAR VARGAS**

VALORES DA PREVA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Obras		Obras		Profissionais		
	Proprio	Tercos	Proprio	Tercos	Proprio	Tercos	
11.31 CONSULTAS MEDICAS OU DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR INTERIORES	02.00		47.50		0.00		50.00
02.02.05 OBRAS EM ORTOPEDIA	1.000.00						1.000.00
11.32.03 OBRAS	30.00						30.00
Total Geral:	1.032.00	5.00	47.50	0.00	0.00	0.00	1.084.50

CEO SECUNDARIO
 Nome: **Carla de Mello**
 Descrição: **Carla de Mello**

Número de Inscrição: **0005029**
 Número de Cadastro: **24301657000127**
 JF: **AFILIAR VARGAS**
 Endereço: **AFILIAR VARGAS**
 Telefone: **3019-3377**

Este documento foi gerado automaticamente em 04/10/2020 às 14:43:56.
 Qualquer dúvida, favor entrar em contato com o setor de suporte.



BUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº Atendimento: 534978 Nº AHI: _____
 Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA Prontuario: 1074925
 Data Nasç.: 20/07/2000 Idade: 19 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião: _____
 CPF: _____ RG: 10403782 CNS: 706408165090864 Nº: 79
 Endereço: RUA JOAQUIM SIMÃO Estado: PE
 Bairro: CENTRO Cidade: RIACHO DAS ALMAS Profissão: ESTUDANTE
 CEP: 52120913 Fone: 81588977
 Nome da Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA
 Nome do Cônjuge: _____
 Nome: _____
 Parentesco: _____ RG: _____ Fone: 81588977

2 - INTERNAR PARA

Clinica: CLINICA GERAL Prestador: 83
 Unidade de Internação: _____ Leito: CLTRAU 102-05
 Diagnostico Inicial (Constante do Laudo Médico): Fratura do punho direito CID: SF3.1
 Procedimento Solicitado: _____ COD: _____
 Procedimento Realizado: _____ CÓD: _____

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxílio Cirúrgico		
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesista		
7.	Clinico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO PROCEDE
 DIÁRIA DE UTI USO DE OXIGÊNIO
 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE NUTRIÇÃO PARENTERAL
 USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____ CID: SF3.1 CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: _____

RESUMO DO CASO (LETRA LEGIVEL)

Fratura do Punho Direito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

MOTIVO DA ALTA

DATA DA INTERNAÇÃO: 22/01 DATA DA ALTA: 25/01/18 DIAS DE INTERNAÇÃO: 22

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	22/3/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Filipe Mateus Bonor da Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura de Taloalto Tibial (E)		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	Tratamento Cirúrgico de fratura de Taloalto Tibial (E) At 29/3/18.		
ALTA MÉDICA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCRVER:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):			
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO			
1	Perda de amplitude normal articular		
2	Perda de movimentos internos e externos		
3	Perda de flexão e extensão de		
4	membros, translação e consolidação		
5	Viciosa - F 57 - Grave		
FICOU EM AUSENÇA OU AVALEIA VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>15 dias</u> e SUAS RESPOSTAS SÃO, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.			
<u>Cordeiro</u>	<u>8/3/18</u>	ASSINATURA E CARRISO	




FELIPE MATHEUS BARROS DA SILVA
 CPF: 03254174817
 RG: 28/03/2019
 Data de nascimento: 28/03/2019
 Nome completo: FELIPE MATHEUS BARROS DA SILVA
 Mãe: MARIA GONCALVES DE ARAUJO
 Pai: WEDSON SILVA
 Estado: PERNAMBUCO
 Município: CARUARU, PE
 Data de validade: 28/03/2025
 Número de identificação: 1822191838



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PE Nº 013222368227
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO: COD. RENAVAM: 454068751 - ANO: 2012 - CATEGORIA: 1
 454068751 - ***** - 2012

PLACA: PPE9122

IDENTIFICADOR: 942KD0550CP550034

VEÍCULO: MARCA / MODELO: HONDA / XR150 BROS 80 - ANO: 2012 - 2012
 CAP. PORTA: 2P/140CL - CATEGORIA: BASTIC - COR. EXTERIOR: VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO

SEGURO FADO

SEM RESERVA

HELEN DE MARIA FERREIRA
 Diretora Executiva DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
SEGURO OBRIGATORIO DE TERREIRO E DE FOMENTO GARGA - PESSOAS
TRANSERVIDAS DO DADO - Seguro DPVAT

PE Nº 013222368227 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 MARIA DO CARMO ABEVEDO CHAVES 55440-000

CASA HELEN DE MARIA-FE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO
 www.seguradora lider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 - DATA DE EMISSÃO: 05/03/17

VEÍCULO: OFV / DPU: 454068751 - PLACA: PPE9122

RENAVAM: 454068751 - MARCA / MODELO: HONDA / XR150 BROS 80

ANO: 2012 - CATEGORIA: 69 - IDENTIFICADOR: 942KD0550CP550034

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 06.922.099/0001-61



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190705057 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA **Data do acidente:** 22/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR DO PLATO TIBIAL DO JOELHO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 90 GRAUS), MARCHA PRESERVADA, SEM HIPOTROFIA DO MIE.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO, MAS COM PROBABILIDADE AUMENTADA DE DEGENERAÇÃO ARTICULAR PRECOCE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456022/19

Vítima: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

CPF: 013.782.694-03

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 22/01/2018

Titular do CPF: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA : 013.782.694-03

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 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: 17/12/2019
Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA
CPF: 013.782.694-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

