



Número: **0076184-62.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/11/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
72831 759	21/12/2020 10:43	<a href="#">ANEXO 1</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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200250758 Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 22/12/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

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

**Senhor(a), JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15945183



Baa 0090/2006



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2020 10:43:16  
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122110431639900000071398839>  
Número do documento: 20122110431639900000071398839

Núm. 72831759 - 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 Julho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200250758      Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/12/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

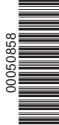
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise 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: 01715/01716 - carta\_02 - INVALIDEZ



00050858

Carta nº 15951487



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2020 10:43:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122110431639900000071398839>  
Número do documento: 20122110431639900000071398839

Num. 72831759 - 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, 30 de Julho de 2020**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200250758 Vítima: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

**Data do Acidente: 22/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUIZ GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Informemos que o pagamento da indenização

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%

% Invalides Permanentes DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

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

Recebedor: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000068708-2

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 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <b>João Francisco do Nascimento</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012				
5 - Nome completo: <b>João Francisco do Nascimento</b>		6 - CPF: <b>833.150.394-53</b>		
7 - Profissão: <b>recorreu</b>	8 - Endereço: <b>Av mansel g. morais</b>	9 - Número: <b>108</b>	10 - Complemento: <b>A</b>	
11 - Bairro: <b>centro</b>	12 - Cidade: <b>Hajuitinga</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>55950-000</b>	15 - Tel.(DDD): <b>(81) 9.8289 7962</b>
16 - E-mail: <b>Assessoria.goiana@gmail.com</b>				

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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caba Econômica Federal (104)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: <b>0774</b> CONTA: <b>68708</b>			AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>				
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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.				
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.				

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

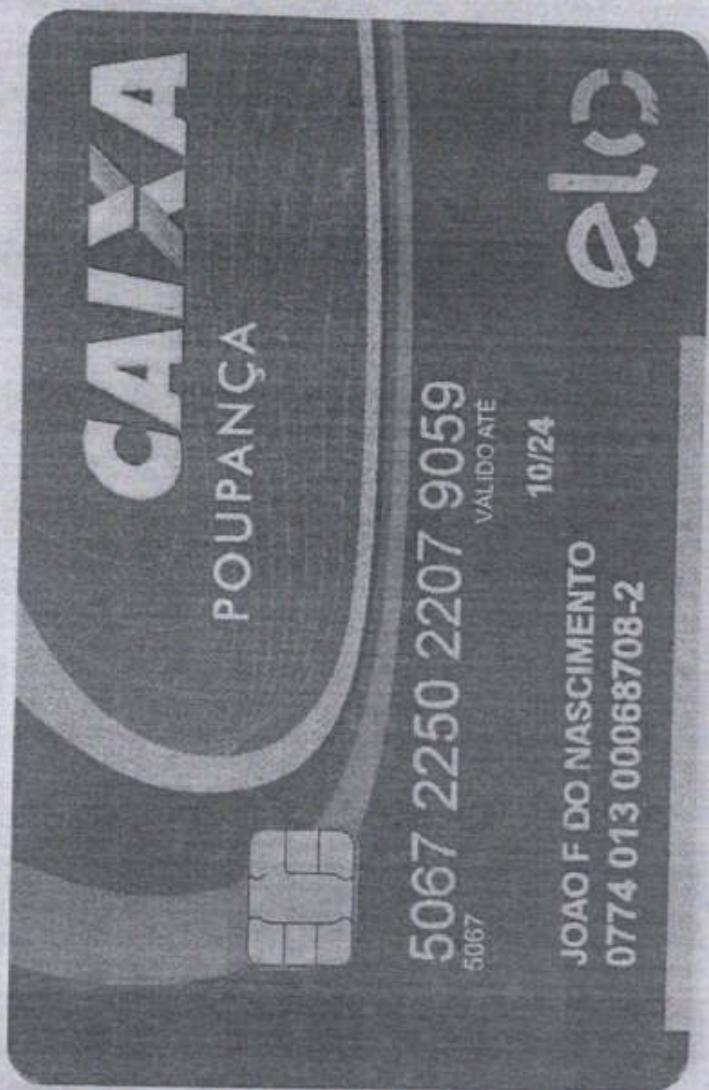
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

<b>34</b> Impressão digital da vítima ou beneficiário nôo alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
40 - Local e Data, <b>Hajuitinga/PE 09.07.2020</b>	Assinatura da testemunha	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
	43 - Assinatura do Procurador (se houver)	

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2020 10:43:16  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122110431639900000071398839>  
Número do documento: 20122110431639900000071398839

Num. 72831759 - Pág. 5



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITTINGA -  
DP55º CÍRCULO DINTER/11º DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0145000216**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/06/2020** às  
**09:30**

Completa o BO Número: **20E0145000188**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia **22/12/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAQUITTINGA, 1, RUA TIUBA 2 PE-52**  
Bairro: **CENTRO - ITAQUITTINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )**  
**ERIVALDO DE OLIVEIRA SILVA ( OUTRO )**  
**JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): **JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

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

**JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Mão: **SEVERINA BERNARDO DA SILVA** Pai: **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **6/10/1870** Naturalidade: **ITAQUITTINGA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4112818/SDS/PE (RG), 83215029482 (GPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE** Telefones Celulares: **- 8192122268**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAQUITTINGA, 1, RUA TIUBA 2 PE-52 - GEP: 55555-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITTINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**ERIVALDO DE OLIVEIRA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo:

30/06/2020 09:30

E 2



Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

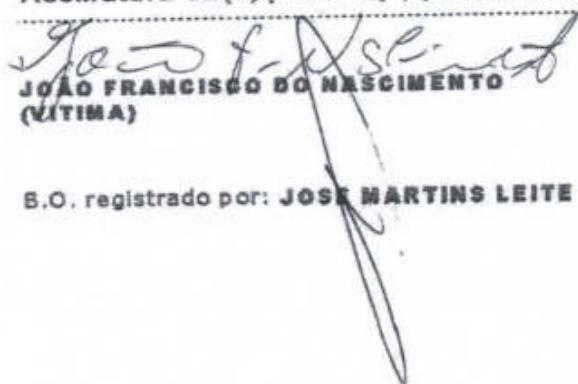
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ERIVALDO DE OLIVEIRA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED Objeto apreendido: N/A  
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KFT3339 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 227745159 Chassi:  
SCMEJ2EAAA0182212  
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2010

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP, NA DATA DE 04/06/2020, O SR. JOÃO FRANCISCO E RELATOU QUE EM 22/12/19 SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO DEPOIS DO POSTO DE GASOLINA TRAJANO. CONFORME LAUDO MÉDICO O PACIENTE RELATOU DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM ATENDIMENTO INICIAL. PORÉM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO LOCAL. E DEPOIS FOI CONSTATADA FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO E ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PARA CIRURGIA.

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

  
JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE MARTINS LEITE - Matrícula: 1569840





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA -  
DP55ºCIRC DINTER1/M1¹DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0145000188**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/06/2020 às 10:44**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia **22/12/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 1, RUA TIUBA 2 PE-62 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

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

**JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino** M: **SEVERINA BERNARDO DA SILVA** P: **ANTONIO FRANCISCO DO  
NASCIMENTO** Data de Nascimento: **0/10/1979** Naturalidade: **ITAQUITINGA / PERNAMBUCO /  
BRASIL** Documentos: **4112818/SDS/PE (RG), 83315033453 (CPF)** Estado Civil:  
AMASIADO(A) Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE** Telefones:  
Celulares:  
- 8192122288

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 1, RUA TIUBA 2 PE-62 - CEP:  
56000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO - Ramo da Atividade: NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no  
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOÃO FRANCISCO DO  
NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO FRANCISCO DO**

30/06/2020 09:30

EF2



**NASCIMENTO**

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED Objeto apreendido: Não  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KFT2328 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 227746159 Chassi:  
SC6KEJ2E0A6163292  
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2010

**Complemento / Observação**

COMPARECEU À ESTA DP, NA DATA DE 04/06/2020, O SR. JOÃO FRANCISCO E  
RELATOU QUE EM 22/12/19 SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO DEPOIS DO POSTO DE  
GASOLINA TRAJANO. CONFORME LAUDO MÉDICO O PACIENTE RELATOU  
DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM ATENDIMENTO  
INICIAL, PORÉM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO  
LOCAL, E DEPOIS FOI CONSTATADA FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO E  
ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PARA  
CIRURGIA.

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

**JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: FRANCISCO ANDRADE DOS SANTOS NETO - Matrícula:  
399988-3





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **4 - Nome completo da vítima:**  
**833.150.394-53** **João Francisco do Nascimento**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: <b>joão Francisco do Nascimento</b>	6 - CPF: <b>833.150.394-53</b>
7 - Profissão: <b>recorreu</b>	8 - Endereço: <b>Av mansel g. morais</b>
9 - Número: <b>108</b>	10 - Complemento: <b>A</b>
11 - Bairro: <b>centro</b>	12 - Cidade: <b>Hajuitinga</b>
13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>55950-000</b>
15 - E-mail: <b>Assessoria.goiana@gmail.com</b>	16 - Tel.(DDD): <b>(81) 9.8289 7962</b>

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caja Económica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0774** CONTA: **68708**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vivos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

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

34  
Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiári  
não alfabetizado

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

**Hajuitinga/PE 09.07.2020**

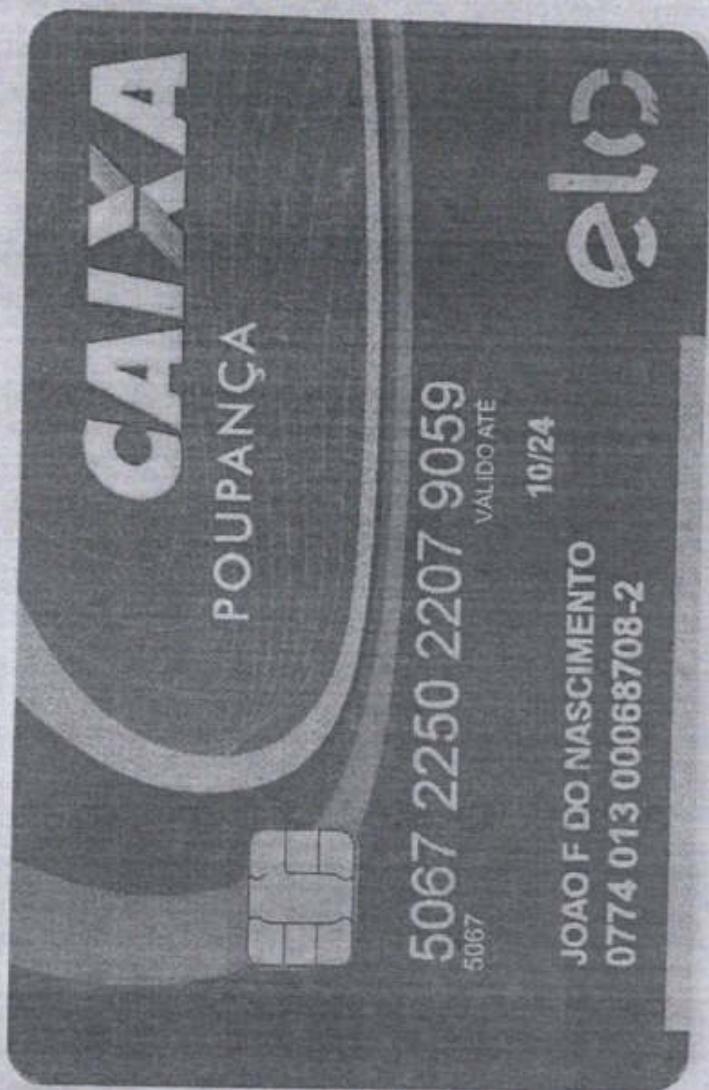
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2020 10:43:16  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122110431639900000071398839>  
Número do documento: 20122110431639900000071398839

Num. 72831759 - Pág. 11



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS/UNIDADE MISTA ADELINA AZEVEDO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Paciente:	<i>João Francisco de Oliveira</i>
Data de Nascimento:	<i>01/10/1970 19 anos</i>
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Cad. SUS	Data: <i>02/12/19</i>
Documento:	Registro: <i>720 181</i>
Endereço:	Hora de Chegada <i>11:00</i>
Filiação:	Hora de Sáida <i>11:00</i>
Profissão/ocupação	

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM/ACOLHIMENTO

## QUEIXA PRINCIPAL:

- Febre  Vômitos  Dificuldade de Respirar  Tosse  Taquicardia  Convulsão  
 Desmaio  Tonturas  Fraqueza  Confusão Mental  Fadiga  Cefaleia  
 Distúrbios Visuais  Diarreia  Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo  
 Dor Local  Sangramento Local  Outras queixas *fratura MS €?*

## ANTECEDENTES MÓRBIDOS/MEDICAMENTOS

- Hipertensão  Diabetes  Problemas Cardíacos  Asma Bronquite  Alergias  
 Tuberculose  Convulsão  Desmaio  Tabagismo  Enfisema  Alcoolismo

 A.V.C.  Outro: Uso de Medicamentos:Classificação: Vermelho  Amarelo  Verde  Azul *claramente*Enfermeiro Caren -  
PE

## SINAIS VITAIS:

P.A.	x	100	mmHg	T	°C	P	bpm	F.R.	rpm
Peso:	Kg	160	mg/dl	HGT:		Saturação:	%		

Avaliação Médica

Queixa Principal/Histórico da Doença:

EXAME FÍSICO:

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/CONDUTA

*1- Infecção**2- obstrução, 01/09/19**3- secador**10/10/19**4- infecção, 01/10/19**12:23 comuta**Fred M. de Oliveira**CRM-PB 21172**0301060061**03011028-926*

Digitado com Scanner



# 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: 24/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000068708-2

---

Nr. da Autenticação 9452FBEFA7F9636B



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2020 10:43:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122110431639900000071398839>  
Número do documento: 20122110431639900000071398839

Num. 72831759 - Pág. 13



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 25/04/02

COMPAGNA ELETRÔNICA DE PERNAMBUCO  
Av. João de Barros, 111, Balaústa, Recife - PE, CEP 50050-002  
CNPJ 10.125.812/0001-00 | Insc. Est. 6019543-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DE SANTANA

CPF: 080.117.994-16

CLASSIFICAÇÃO

R1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

09787501	UNICA	19/03/2020
18/02/2020	201900632	1501485

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV MANOEL G MORAES 109 A

ITAGUATINGA/ITAGUTINGA,  
ITAGUTINGA/PE  
55950-000

7034497618	02/2020
28/02/2020	20/03/2020
18/02/2020	17,86

Consumo Ativo(kWh)-TUSD  
Consumo Ativo(MWh)-TE  
Acréscimo Bandeira AMARELA  
ICMS Subvenção-CODE-AF 00009299-24/12/19  
Multa por atraso-NF 0803636121 - 22/01/09  
Juros por atraso-NF 0803636121 - 22/01/09

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000000	0,21165147	6,34
30.000000	0,2521640	7,56
		0,12
		0,18
		0,44
		0,92

TOTAL DA FATURA:

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LÉTURA	LÉTURA	DATA ATUAL LÉTURA	Nº DE DÍGITS	CONSUMANTE	ANTES	DEPOIS (R\$)
SP002	COT	22/01/2020	21.361,20	21/02/2020	21.378,20			17,86

Mês/Ano	BASE DE FAZENDO	%	VALOR (R\$) MÊS/ANO	PERÍODO PAGAMENTO DEFERIDO - CUSTOS DEMANDA, ANTES 30, PAGAMENTO ANTES 01/02/2019
JAN/19	30			
FEB/19	ICMS			
MAR/19	PIS	17,86	0,18	
MAR/19	COFINS	17,86	0,18	
ABR/19				
MAY/19				
JUN/19				
JUL/19				
AGO/19				
SET/19				
OCT/19				
NOV/19				
DEC/19				

CIT037649 2006 0000 700F 473B 6948 A801

Para efetuar o pagamento antecipado da Fazenda, deve ser feita a retenção no valor equivalente ao imposto de consumo de ICMS, PIS e COFINS, que é de R\$ 17,86. O débito é automaticamente efetuado no dia 30 de cada mês, sempre que houver consumo de energia elétrica. Pode ser antecipado quando o cliente solicitar ao atendente ou ao gerente de atendimento. Atenção! Não é permitido antecipar o pagamento de ICMS, PIS e COFINS. O cliente é responsável pelo pagamento do imposto de consumo de ICMS, PIS e COFINS.

TIPO DE CONSUMO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
ICMS	0,00	1,00	0,00	1,00





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA NUNES MACHADO - NUM. - S/N - CENTRO GOI  
ANA PE 55900-000

DADOS DO CLIENTE  
NELICIO DA COSTA LEITE NETO MATRÍCULA: 18399440 Abr/2020  
R DQ CAXIAS, N. 00170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000  
INSCRIÇÃO: 862.498.765.0134.000 GRUPO:13 DEB.AUTOHATICO: 010399440

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDÔMETRO A12F163548	DATA LEIT ANTERIOR 06/04/2020	DATA LEIT ATUAL 07/05/2020			TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

ÁGUA:  
LEIT ANT: 398 CONSUMO:4  
LEIT ATU: 402  
LEIT FAT: 402

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2020	07	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORT.	ANALISES REALIZ.
02/2020	01	COR APARENTE	45	45	39
01/2020	07	CLORO RESIDUAL	45	45	38
12/2019	01	COLIF. TOTAIS	45	45	41
11/2019	26	E. COLI	45	45	44
10/2019	06		45	45	45
MEDIA:	08				

QUALIDADE DE ÁGUA: www.compesa.com.br  
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRÍPCAO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL(R\$)

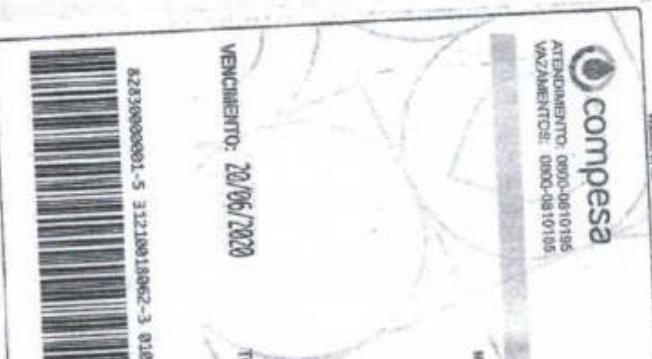
ÁGUA COMERCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA 4 NB 64,34

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 01/06 66,37

DEBITO	DEBITO CALCULADO	VALOR DO DEBITO
PE EDNF	64,34	1,65
EDNF	64,34	1,07

VENCIMENTO: 20/06/2020 TOTAL A PAGAR: 131,21

MENSAGEM:



828300000001-5 31210018962-3 0103

VENCIMENTO: 20/06/2020

compesa  
ATENDIMENTO: 0900-08-10115  
VAZAMENTOS: 0900-08-10105





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Guilherme mangabeira de Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 , 65

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Francisco do Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 833.150 394 , 53

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

João Francisco do Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 833.150 394 , 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

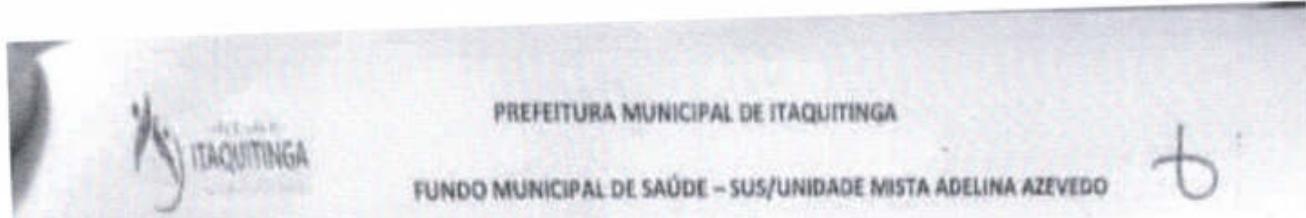
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:
<u>Rua Duque de Caxias</u>	<u>Centro</u>	<u>Goiânia</u>	<u>110</u>	<u>10</u>
<u>amorimfernando.goiânia@gmail.com</u>			<u>Estado:</u> PE	<u>CEP: 55900-000</u>

Local e Data: Goiânia - PE 09.07.2020

Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – SUS/UNIDADE MISTA ADELINA AZEVEDO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Paciente:	João Francisco de Oliveira 22/12/19
Data de Nascimento:	01/01/1970 19 Anos
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Cad. SUS	Registro: 7701
Documento:	Hora de Chegada:
Endereço:	101 - Gutuba 13:00
Filiação:	Silvana Bernardo da Silva Hora de Sáida:
	13:00

**Profissão/ocupação**

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM/ACOLHIMENTO

**QUEIXA PRINCIPAL:**

- |   |  |  |  |                                      |                                     |
|---|--|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>QUEIXA PRINCIPAL:</b>                    |  |  |  |                                      |                                     |
| <input type="checkbox"/> Febre              | <input type="checkbox"/> Vômitos           | <input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar                     | <input type="checkbox"/> Tosse           | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Convulsões |
| <input type="checkbox"/> Desmaio            | <input type="checkbox"/> Tonturas          | <input type="checkbox"/> Fraqueza                                    | <input type="checkbox"/> Confusão Mental | <input type="checkbox"/> Fadiga      | <input type="checkbox"/> Cefaleia   |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais | <input type="checkbox"/> Diarreia          | <input type="checkbox"/> Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo |  |                                      |                                     |
| <input type="checkbox"/> Dor Local          | <input type="checkbox"/> Sangramento Local | <input type="checkbox"/> Outras queixas                              |  |                                      |                                     |

Palavra MS

#### ANTECEDENTES MÓRBIDOS/MEDICAMENTOS

- Hipertensão  Diabetes  Problemas Cardíacos  Asma Bronquite  Alergias  
 Tubercolose  Convulsão  Desmaio  Tabagismo  Enfisema  Alcoolismo

*Kemancular*  
Enfermera Caren -  
PE

**SIMPLY VITAMIN**

P.A 150 x 100 mmHg T °C P bpm F.R. rpm  
 Peso: Kg HGT: 166 mg/dl Saturação %

Peso: Avaliação Médica

~~Editorial Histórico da Obra~~

**CLASSE FÍSICO:** *de solo, e limitação de movimento de*

#### EXAME FÍSICO:

#### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/CONDUTA

- ~~HIPOTENSÃO~~

1 - profunda, 01/04/16  
2 - abissal, 01/04/16  
3 - decabonilado MÉDICO - CRM/PE  
4 - abissal, 01/04/16  
5 - abissal, 01/04/16

Fred M. de Oliveira

CRM-PR 1530 U60061

030406-91

Digitaloaks.com CamScanner



Atendimento: 512579  
Data e Hora: 14/01/2020 13:00

Senha da Classificação:

**0026**

Paciente: 133300 JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Nome Social:  
Data do Nascimento: 06/10/1970 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Nome da Mãe:: SEVERINA BERNARDO DA SILVA Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346

Endereço: RUTIUBA 2 PE Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF  
Cidade/UF: ITAQUITINGA

Bairro: CENTRO

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal**

*DIURETE VENHA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 22/12/2019 RETORNANDO DE FERIADO  
INTEGRAMENTE EM PUNHO (E), QUE FOI MONTADA EM ATENDIMENTO MIGAL, PORÉM NÃO  
PODEU SER MOBILIZADO. AGONIZOU NOVAMENTE FERIDO DE JASSE, ONDE FOI CONSULTADA  
PRATICANDO RITMO DE MARIA E DIRETÓRIO A PRONUNCIAR NO HOSPITAL MIGUEL ARRAES*

**Exame Físico**

*ECG, GORE, EXAME, ARCOM, HAB+, DM+, ALCOHOL+,  
ENV.: CAPTOPRIL 25mg TA NOITE; METFORMINA 1g/BEDIANA*

**Hipótese Diagnóstico**

*Fx RITMO DE MARIA (E)*

**Prescrição Médica**

*1. SORTEIO Rx*

*CRITICO  
DATA: 21-01-2020  
PAC: 133300*

*#CO: interno PI TTO LIVELLO*

*BETA DIAZ PI HAB+ E DM LIBERADA*

*Gilberto  
Médico  
21-01-2020  
133300*

**Assinatura e Carimbo/Médico**

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/01/2020 09:32



Nome Paciente: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 06/10/1970  
Sexo: Masculino  
Idade: 49 anos  
Senha: 0026  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

*anexo P*

Período: 14/01/2020 12:50 - 14/01/2020 12:56

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: URGÊNCIA AMARELO  
Cor: AMARELO  
Queixa Principal: QUEDA DE MOTOCICLETA DIA: 22/12/2020. HD: FRATURA DE MAO ESQUERDA.  
Observação: PROCEDENTE DE ITAQUITINGA COM SENHA: 5880051. DM+, NEGA HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA.  
Fluxograma sintoma: TRAUMA  
Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE  
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
  
Sinais Vitais Lidos:  
- SACR - REGUA DE DOR: 8  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 92.00 BPM  
- GLICOSE: 197.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 132.00 MMHG  
- P.A.DISTOLICA: 98.00 MMHG  
- PESO: 68.00 KG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 91.00 %  
- TEMPERATURA(C): 24.40 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lobby de Pediatria  
Sim ( ) Não (X)

Local:

*Fernanda Souza  
COREN: 273647*

*READO  
HMA*

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/01/2020 12:56

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2020 10:43:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122110431639900000071398839>  
Número do documento: 20122110431639900000071398839

Num. 72831759 - Pág. 19



PERNAMBUCO  
ESTADO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
NOME SOCIAL: [Data de Publicação]  
IDADE: 49 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO: 15.01.2020

DATA NASC.: 06.10.70  
REG: 133300  
DATA DA ALTA: 20/1/20

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

### TRATAMENTO REALIZADO:

- TRATAMENTO CONSERVADOR

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR SORMANE BRITO (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- NÃO RETIRAR, NÃO DANIFICAR, NÃO MOLHAR E NEM SUJAR TALA GESSADA.
- MEXER DEDOS DA MÃO OPERADA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR FRATURADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

### EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO

FERIDA OPERATÓRIA: TALA LUVA DE BOM ASPECTO

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM(  ) NÃO(  )  
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

João Bosco B. C. Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 26.670

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO

DATA NASC.: 06.10.70

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG: 133300

IDADE: 49 SEXO: M

DATA DA ALTA: 20/1/20

DATA DA ADMISSÃO: 15.01.2020

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- TRATAMENTO CONSERVADOR

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR SORMANE BRITO (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FÉRIAS) EM 02 SEMANAS;
- NÃO RETIRAR, NÃO DANIFICAR, NÃO MOLHAR E NEM SUJAR TALA GESSADA.
- MEXER DEDOS DA MÃO OPERADA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR FRATURADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

### **EXAME FÍSICO:**

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO

FERIDA OPERATÓRIA: TALA LUVA DE BOM ASPECTO

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM(  ) NÃO(  )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

João Bosco B. C. Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 26.670

### **ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM**

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES <i>AT=512823</i>	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente <b>JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO</b>	6 - Nº Prontuário 133300			
7 - Cartão Nacional do SUS 706206090501664	8 - Data de Nascimento 06/10/1970	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor 03 - Parda	11.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe <b>SEVERINA BERNARDO DA SILVA</b>	12 - Telefone de Contato 8199471740			
13 - Nome Responsável <b>IGNORADO</b>	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) <b>RUTIUBA 2, - CENTRO</b>	17 - IBGE 260780	18 - UF PE	19 - CEP 55950000	
16 - Município <b>ITAQUITINGA</b>				

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

27 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
 F. INÍCIAIS DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 22/12/2019, RELATANDO DEFORMIDADE IMPONTE EM FUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM  
 F. NTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 22/12/2019, RELATANDO DEFORMIDADE IMPONTE EM FUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM  
 A. DIMENTO INICIAL, PORIPÉM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO, EVOLUIU COM DOR NO LOCAL, PROCURANDO NOVAMENTE SERVIÇO DE SAÚDE, ONDE  
 F. INSTATADA FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO E ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PARA TRATAMENTO  
 L. FÍGICO

21 - Condições que justificam a Internação  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO**

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
**ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RADIOGRAFIA**

23 - Diagnóstico Inicial / Código <b>FRATURA DO ANTEBRAÇO, PARTE NAO ESPECIFICADA</b>	24 - CID 10 Principal S529	25 - CID 10 Secundário W199	26 - CID 10 Causas Associadas 552.5 03.08.01.001-9
--	-------------------------------	--------------------------------	---

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO</b>	28 - Código do Procedimento 0408020407
---	---

29 - Especialidade <b>CIRÚRGICA</b>	30 - Caráter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS ( ) CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 988916001207394
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente <b>FABIO NEUMANN KAUFFMAN</b>	34 - Data da Solicitação 14/01/2020	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	36 - Série 14368

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado      ( ) Empregador      ( ) Autônomo      ( ) Desempregado      ( ) Aposentado      ( ) Não Segurado			
---	--	--	--

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
---------------------------------------	---------------------------------------	---

48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	 <b>AIH</b> <b>262010245205-5</b>
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

Código do Laudo: 512579





Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
NOME SOCIAL:[Data de Publicação]

DATA NASC.: 06/10/1970  
REG:133300

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
14/1/2020	
17:45	HDA/QPA:PACIENTE VITIMA DE ACIDNTE MOTOCICLISTICO EM 22/12/2019, RELATANDO DEFORMIDADE IMPOTANTE EM PUNHO ESQUERDO, QUE FOI REDUZIDA EM ATENDIMENTO INICIAL, PORPENM NÃO FOI COLOCADA IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM DOR NO LOLCAL, PROCURANDO NOVAMENTE SERVIÇO DE SAÚDE, ONDE FOI CONSTATADA FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO E ORIENTADO QUE O MESMO PROCURASSE O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PARA TRATAMENTO CIRURGICO
	Antecedentes Pessoais: HAS+, DM+, NEGA ALERGIAS
	Medicações de uso: CAPTOPRIL 25MG À NOITE, METFORMINA +GLIBENCLAMIDA
	Exame físico: EGB, COTE, EUPNEICO, AFEBRIL PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E EDEMA. NEUROVASCULAR PRESERVADO
	Exame de imagem: FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
	HD: FRATURA FECHADA DISTAL DE RADIO ESQUERDO
	CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO SOSLICITO PRE OP E PCARDIO
15/01/2020 07:38	<p>(X) A mano Alena Punho esquerdo com deformidade e edema desqueimado no mês anterior</p> <p>(X) Ag. Dr. Cruz e # 5078</p> <p>16/01/2020 07:12</p> <p>(X) A mano Alena Punho esquerdo com deformidade e edema desqueimado no mês anterior</p> <p>(X) Dr. Cruz</p>





## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 512823

Usuário: ELISAMASP

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
Idade: 49a 3m 15d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 133300  
Profissão: R.G.: 4112818 C.P.F.: 83315039453 Data de Nascimento: 6/10/1970  
Endereço: RUTIUBA 2 Escolaridade: Telefone: CEP 55950000  
- CENTRO - ITAQUITINGA - PE  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 15/1/2020 13:00  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-14  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_ C.P.F.: 05/10/2020  
Endereço: \_\_\_\_\_ - Número: CLAUDEVAN SOUSA  
Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado civil: FARMACISTA  
\_\_\_\_\_  
*Erys.*

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 20 / 01 / 2020 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Bom Curação Curius

Diagnóstico Principal.....: *Expondo dor na*

Diagnóstico Secundário01.: *Expondo dor na*

Diagnóstico Secundário02.: *Expondo dor na*

Procedimento.....: *Expondo dor na*

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITTINGA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Senha: 5860051

Posto Médico de:

Miguel Araújo

Mat.: \_\_\_\_\_ Prost.: \_\_\_\_\_

Paciente: João Francisco da Nóbrega

Residência: \_\_\_\_\_

Paunha com fratura em  
mão esquerda, necessitando  
de cirurgia da mão, segundo  
realização com ortopedista:  
Dr. Marcus César Corvalho.

Solicito avaliação  
da ortopedia da  
Hospital Miguel Araújo.

14/01/2020

Ora: ... Wenderley  
Data: ...  
CRM: ... CRM-RN 16103  
... 13455

Nome do Médico - CRM



Atendimento: 512823

Dt Atendimento: 15/01/2020 - 13:00

Dt Alta: 20/01/2020 - 12:17

Paciente: 133300 JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 690 VERD2-14

Piano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ELISAMASP

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISAMA DA SILVA PEREIRA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

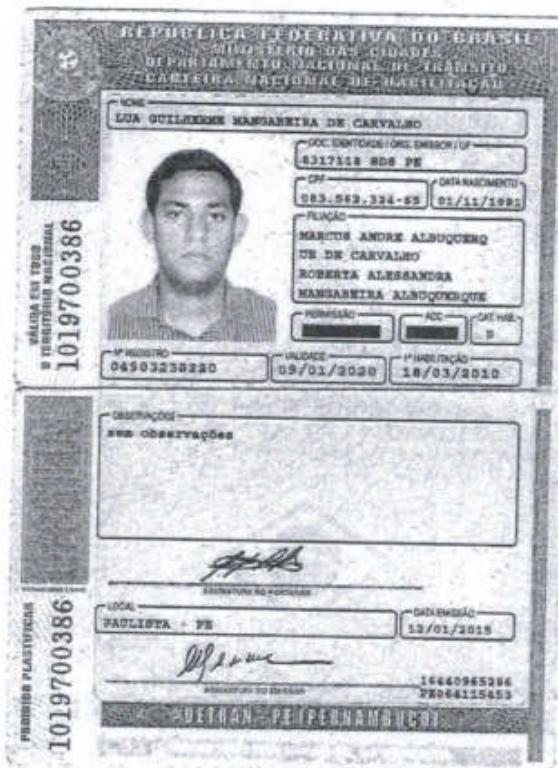
DATA DO ACIDENTE: 22/12/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 22/12/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João Francisco de Vasconcelos	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura articular rádio distal Erg.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento conservador de fratura do punho Erg com imobilização. Fisioterapia motora conseguida	
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 CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: [ ] 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
1º Dor, déficit de força e ATD no punho e mão esquerda
2º no punho e mão esquerda
3º comprometida funcional de 50%.
4º na mão e 50% no punho Erg.
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>07/07/2020</u>	07/07/2020
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
Local Goiânia.	Data 07/07/2020.
ASSINATURA E CARIMBO	





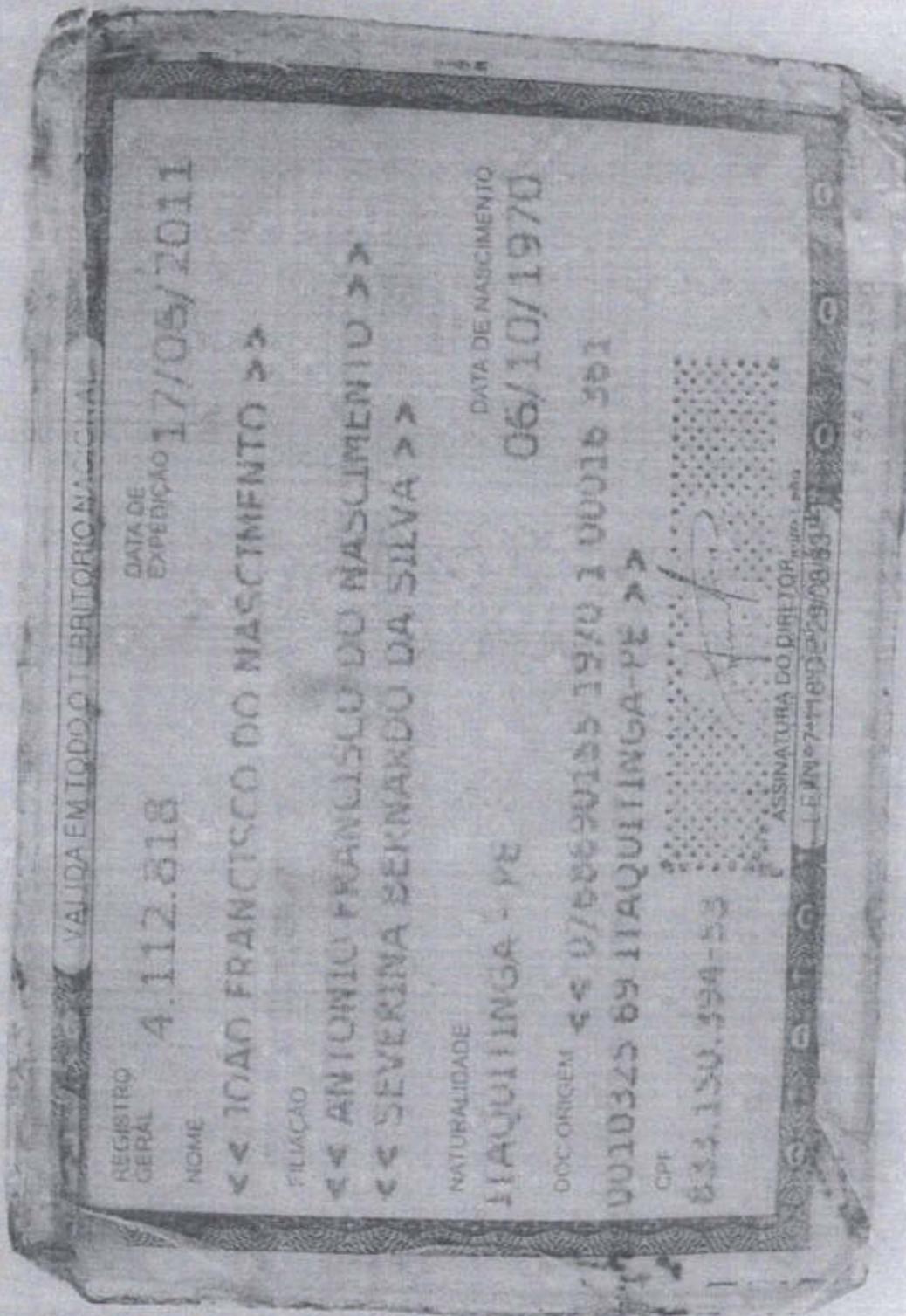
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2020 10:43:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122110431639900000071398839>  
Número do documento: 20122110431639900000071398839

Num. 72831759 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2020 10:43:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122110431639900000071398839>  
Número do documento: 20122110431639900000071398839

Num. 72831759 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2020 10:43:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122110431639900000071398839>  
Número do documento: 20122110431639900000071398839

Num. 72831759 - Pág. 30

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CPF / CNPJ	Nº 014484934384
ODA / RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
NOME		
ENDERECO		
CPF / CNPJ		PLACA
PLACA ANT / UF	CHASSI	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOC.
CAP / POF / CL	CATEGORIA	COR POF / MANANTE
I P V A	VEND. COTA ÚNICA	VEND. COTAS
FADA LEVA	PARCELAMENTO / COTAS	1 <sup>a</sup> 2 <sup>a</sup> 3 <sup>a</sup>
PRÉMIO TARIFÁRIO		
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IPF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO		
OBSERVAÇÕES		

RESENHA  
DOCUMENTO DE PRTUE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFINANCIAMENTO

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARCA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484934384 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LÉIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
ODA / RENAVAM	MARCA / MODELO	PLACA	
ANO FAB.	CATEGORIA	NR CHASSI	
IPF (R\$)	IPAF (R\$)	PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.543.608/0001-04

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200250758      **Cidade:** Itaquitinga  
**Vítima:** JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 22/12/2019  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 35°, COM REDUÇÃO DA FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO EM GRAU II. DEFORMIDADE COM DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 5° E DEFORMIDADE EM REGIÃO DA EXTREMIDADE DISTAL DA ULNA ESQUERDA COM AUMENTO DE VOLUME. VÍTIMA REFERE DOR A PALPAÇÃO EM ARTICULAÇÃO RÁDIO ULNAR DISTAL E REGIÃO DORSAL.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA ADMITIDA EM UNIDADE HOSPITALAR COM DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, SENDO REDUZIDA INICIALMENTE, SEM IMOBILIZAÇÃO, POSTERIORMENTE RETORNOU AO HOSPITAL SENDO DIAGNOSTICADA A FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO, SENDO ENTÃO REALIZADA IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO AXILO PALMAR POR APROXIMADAMENTE 40 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 20/07/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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-0197665/20

**Vítima:** JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

**CPF:** 833.150.394-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/12/2019

**Titular do CPF:** JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

#### JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO : 833.150.394-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/07/2020  
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Caroliny Lins Veloso



**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: **3200250758**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**AV MANOEL GUIMARAES MORAES, 108 - Itaquitinga - PE - CEP 55950-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **4112818**

Data e local do acidente: [ **22/12/2019** ] **ITAQUITINGA PE**

Data e local do exame: [ **20/07/2020** ] **Goiana [ PE ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.**

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

**AO EXAME, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO EM 35°, COM REDUÇÃO DA FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO EM GRAU II. DEFORMIDADE COM DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 5° E DEFORMIDADE EM REGIÃO DA EXTREMIDADE DISTAL DA ULNA ESQUERDA COM AUMENTO DE VOLUME. VÍTIMA REFERE DOR A PALPAÇÃO EM ARTICULAÇÃO RÁDIO ULNAR DISTAL E REGIÃO DORSAL.**

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

[ **X** ] Sim [   ] Não

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

**VÍTIMA ADMITIDA EM UNIDADE HOSPITALAR COM DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, SENDO REDUZIDA INICIALMENTE, SEM IMOBILIZAÇÃO, POSTERIORMENTE RETORNOU AO HOSPITAL SENDO DIAGNOSTICADA A FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO, SENDO ENTÃO REALIZADA IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO AXILO PALMAR POR APROXIMADAMENTE 40 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

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

[ **X** ] Sim [   ] Não

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

**Limitação funcional do punho 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):

**Punho esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Javali  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TECOT 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

