



Número: **0000544-63.2020.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Orobó**

Última distribuição : **29/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
J. D. D. S. A. (AUTOR)		EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
ALCIETE SOARES DA SILVA (REPRESENTANTE)		EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74461168	02/02/2021 10:39	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradonalider.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 4000-1586 (Região Metropolitana) ou 0800 032 12 04 (Demais Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 05. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 032 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: 3289276126

Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a): ALCETE SOARES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, 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

Código nº 31887281

Para informações, acesse: www.3110.com.br





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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 4000-1586 (Região Metropolitana) ou 0800 032 12 04 (Demais Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 522 81 05. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 032 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido de

Seguro DPVAT: 3209270320

Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ANAUJO

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALCIETE SOARES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00
Dano Pessoal: Dedos da pé-Pêda funcional completa de qualquer um dos dedos da pé 10%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidiz. Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: ALCIETE SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000962039-7

Conta: 000010015425-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidiz. 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.seguradolider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Destino dos fundos de indenização: ☐ DIÁRIO (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDIDADE PERMANENTE ☐ MORTO

CPF do segurado: 111.952.934-76 Nome completo do segurado: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Nome completo: ALCIETE SOARES DA SILVA CPF: 012.920.954-59

Profissão: AGRICULTORA Endereço: RUA EDSON ALVARES Número: 25 CASA

Bairro: CENTRO Cidade: MACHADOS Estado: PE CEP: 55140-000

E-mail: endojbnt@bol.com.br Tel (DDD): 1911.9616/4911

Selecione, para todos os fins de direito, o valor da indenização a ser recebida, conforme o correspondente anexo (ANEXAR CÓPIA).

VALORES MENSUAIS:
☒ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 5.000,00
☐ R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 10.000,00

☒ COMTA POUPEMANÇA (descontar para o beneficiário indicado uma parcela) ☐ COMTA CORRENTE (descontar para o beneficiário indicado)

☐ Beneficiário (CPF) ☐ Beneficiário (Data) ☐ Beneficiário (Data de Nascimento)

☒ Banco de Brasília (BB) ☐ Caixa Econômica Federal (CEF)

AGÊNCIA: 9039 (3) CONTA: 15425 (3) ASSESSORIA: (3) (informar o código de agência)

Assinatura e rubrica do segurado e/ou do representante legal, de acordo com o modelo de rubrica fornecido, e/ou de qualquer outro modo que não seja o modelo fornecido, e/ou de qualquer outro modo que não seja o modelo fornecido.

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o pedido de indenização ao Instituto Seguros do Brasil (ISB) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por qualquer motivo, e/ou que estou impedido de apresentar o pedido de indenização ao ISB para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por qualquer motivo.

☒ Não há ISB que esteja a receber o pedido de indenização do Seguro DPVAT por qualquer motivo.

☐ Sim, que esteja a receber o pedido de indenização do Seguro DPVAT por qualquer motivo.

☐ Não, que esteja a receber o pedido de indenização do Seguro DPVAT por qualquer motivo.

Para maior segurança, solicito pessoalmente a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por qualquer motivo, e/ou que estou impedido de apresentar o pedido de indenização ao ISB para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por qualquer motivo.

Assinatura e rubrica do segurado e/ou do representante legal, de acordo com o modelo de rubrica fornecido, e/ou de qualquer outro modo que não seja o modelo fornecido, e/ou de qualquer outro modo que não seja o modelo fornecido.

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

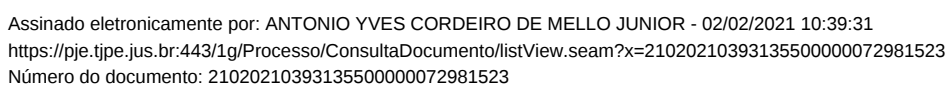
Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

Quanto ao valor da indenização: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei ☐ Não sei

[illegible]

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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



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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) WAGNER DA SILVA DE FARIAS, que estava em posse do(a) Sr(a) WAGNER DA SILVA DE FARIAS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 150 Cilindro apreendido: Não Número do Sida: 9C2H0210R445797
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Renavam: 90688639 Chassi: 9C2H0210R445797
Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, O MENOR JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA COM SUA MÃE ALCIETE SOARES DA SILVA PARA RELATAR UM ACIDENTE QUE ELE SOFREU NO MUNICÍPIO DE MACHADOS QUANDO ESTAVA NA GARIPA DA MOTO. O CONDUTOR E PROPRIETÁRIO DA MOTO, WAGNER DA SILVA DE FARIAS, FREIOU A MOTO E VEIO UMA MOTO ATRÁS E COLIDIU. VÍTIMA, QUE FRATUROU TRÊS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL DE MACHADOS PARA FAZER OS PRIMEIROS SOCORROS ÀS 16:58H DO DIA 17/05/2020, REGISTRO: 46784, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, PRONTUÁRIO: 1119138, ONDE ELE FEZ DUAS CIRURGIAS.

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

JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO
(VÍTIMA)

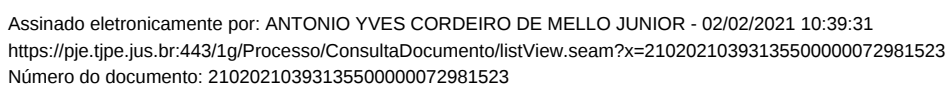
ALCIETE SOARES DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: AUGUSTO FERNANDES CORDEIRO DE ANDRADE - Matrícula: 2873664



* Abgabe Sonntag ab 17h
Anmeldung der Bewerberinnen (Antrag bei Frauen)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 10:39:31
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210393135500000072981523>
 Número do documento: 21020210393135500000072981523

[illegible]

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTRA POUQUANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	05/08/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALCIELE SOARES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010015425-5

Nr. da Autenticação EB9DC4230E1AAEE7



Impressão Seguinte Via de Cópia

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - 2a VIA																													
COMPANHIA PARANAGUENSE DE ENERGIA S.A. Cnpj: 06.940.888/0001-91 Rua: 111 BOM FIM, 111 CEP: 81250-000 Curitiba - PR CELPE Companhia Paranaense de Energia S.A. FAVOR SOCIOS DE ENERGIA S.A. - Lei 10.038, de 2004 Comercial 116 Prioridade 110 Atendimento ao cliente: 0800 301 0142 Ouvidoria: 0800 782 2280 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Regulados do Estado de Paraná - AREG - Lei 17.744/2014, que dispõe sobre o Sistema Faturamento Nacional de Energia Elétrica - ANEEL Lei 14.066/2014, que dispõe sobre o Sistema Faturamento Nacional de Energia Elétrica - ANEEL																													
DADOS DO CLIENTE NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CPF: 030.100.000-00 ENDEREÇO: RUA LUIZ CARLOS, 111 - JARDIM CEP: 81250-000 - CURITIBA - PR	DATA DO PAGAMENTO 27/07/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 3,55 CLASSIFICAÇÃO 01 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM RISCO RECORRÊNCIA DO PÉCULO ANUAL 01/07/2020 A 06/07/2021																												
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO UNITÁRIO</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Energia elétrica - 111 BOM FIM</td> <td>10,00</td> <td>0,355000</td> <td>3,55</td> </tr> <tr> <td>Energia elétrica - 111 BOM FIM</td> <td>10,00</td> <td>0,355000</td> <td>3,55</td> </tr> <tr> <td>Energia elétrica - 111 BOM FIM</td> <td>10,00</td> <td>0,355000</td> <td>3,55</td> </tr> <tr> <td>Energia elétrica - 111 BOM FIM</td> <td>10,00</td> <td>0,355000</td> <td>3,55</td> </tr> <tr> <td>Energia elétrica - 111 BOM FIM</td> <td>10,00</td> <td>0,355000</td> <td>3,55</td> </tr> <tr> <td>TOTAL A PAGAR</td> <td></td> <td></td> <td>3,55</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL	Energia elétrica - 111 BOM FIM	10,00	0,355000	3,55	Energia elétrica - 111 BOM FIM	10,00	0,355000	3,55	Energia elétrica - 111 BOM FIM	10,00	0,355000	3,55	Energia elétrica - 111 BOM FIM	10,00	0,355000	3,55	Energia elétrica - 111 BOM FIM	10,00	0,355000	3,55	TOTAL A PAGAR			3,55
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL																										
Energia elétrica - 111 BOM FIM	10,00	0,355000	3,55																										
Energia elétrica - 111 BOM FIM	10,00	0,355000	3,55																										
Energia elétrica - 111 BOM FIM	10,00	0,355000	3,55																										
Energia elétrica - 111 BOM FIM	10,00	0,355000	3,55																										
Energia elétrica - 111 BOM FIM	10,00	0,355000	3,55																										
TOTAL A PAGAR			3,55																										
INFORMAÇÕES ADICIONAIS Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal emitida pelo sistema de emissão de notas fiscais eletrônicas (NFe-e) da Receita Federal do Brasil. A validade desta cópia é garantida pelo sistema de emissão de notas fiscais eletrônicas (NFe-e) da Receita Federal do Brasil.																													
INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO Valor do pagamento: 3,55 Data do pagamento: 27/07/2020																													
INFORMAÇÕES DE RECEBIMENTO Valor do recebimento: 3,55 Data do recebimento: 27/07/2020																													
INFORMAÇÕES DE CANCELAMENTO Valor do cancelamento: 3,55 Data do cancelamento: 27/07/2020																													





CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA GERAL

- ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
- ODONTOLÓGIA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAUJO, foi vítima de acidente de trânsito no dia 17/05/2020 sofrendo FRATURA EXPOSTA DO 4º PDE com LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR deste segmento, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Otávio de Freitas (limpeza cirúrgica, redução cruenta e fixação com fio de kirschner e tenorrafia). Atualmente apresenta queixa de dor no pé esquerdo com limitação da extensão e flexão do 4º pododáctilo esquerdo com edema residual de fratura. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 14/07/2020

Dr. Roberto L. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.730-PR / SBO: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730-PR / SBO: 7334
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 17/05/2020 HORA: 18:00 REGISTRO: 40184

NOME: Mose Diego da Silva Araújo

SEXO: M IDADE: 15 ESTADO CIVIL: solteiro DATA NASC: 20/04/2005

ENDEREÇO: Rua Edson Álvares - Machados - PE

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: PAZ

QUEIXAS: Paciente sofreu trauma no membro superior direito, com fratura da tíbia e fêmur, com hemorragia e edema. Trauma ocasionado por queda de altura, cerca de 10 metros, no trabalho.

CD: SFD 27.500W/4 18/28
Diploma Tqg + TqH 80/100

HOF = 004
5939489

() INTERNAÇÃO (X) TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Paciente: RUISE UNIO DA SILVA ARAUJO
Sexo: MASCULINO
Data de Nascimento: 09/09/1989
Data de Admissão: 17/02/2021
Data de Alta: 23/02/2021
Data de Exame: 23/02/2021
Data de Consulta: 23/02/2021
Data de Exame: 23/02/2021
Data de Consulta: 23/02/2021

Nome: ANA LECIA CARNIERO LEAO DE ARAUJO
Data de Nascimento: 17/02/2021
Data de Alta: 23/02/2021
Data de Exame: 23/02/2021
Data de Consulta: 23/02/2021
Data de Exame: 23/02/2021
Data de Consulta: 23/02/2021

Admissão

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA +- 3 HORAS

História Clínica

PACIENTE COM QUA, FERIMENTO E ENFRIEDADE EM PE ESQUERDO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEIXA ABRASO P
COM E DORFIEDADE EM MÃO ESQUERDA

Exame Físico

COM QUA COM QUA EM VARGO, COM FERIMENTO
EXTENSO FERIMENTO EM DORSO DO PE ESQUERDO COM VISTIVEL LESAO TENDINEA E EXPOSICAO OSSEA

Observações

RX - FX DA FALANGE PROXIMAL DO 5 COM
PE DO 3 ARTICULADO E DO 3,4 E 5 PODOFALANGE

Conduta

FATO REDUÇAO DA FX DA HMO, CURATIVO DO PE
ED. 33 CONTROLE DA MÃO
INTERNO PARA CIRURGIA DE URGENCIA

ANA LECIA CARNIERO LEAO DE ARAUJO LIMA - CRM Nº 20949

DATA/HORA: 17/02/2021 - 21:39

[Assinatura]
Ana Lécia Carniero Leão de Araújo Lima
CRM 20949

De acordo com o
caso, a
CADA RACIA
SABER/HOR



8. *Phacelia heterophylla*
11. 1875 (10-11-1875)

Patient's mother C.C.R. consistently, Breitbach, Sydney
 1968 Jan, April, May, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 265

Rundlings amphotropia, digel, pates, pos
Rundings or a perionormant, no lute.

Phaeoglossa carolinensis atton ? DPO
 non autem lives + or. adha nonnumquam to
 no luto. A. A-

Realizacja: umożliwia dziełom
aut. - t. i. p. - dostarczenie do nich

2/6/20 Pina wrote 10:30 AM 10:1 AM
 found in the hospital
 Pina wrote 10:30 AM 10:1 AM
 found in the hospital



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAUJO		Nº DO REGISTRO: 1111511
CLÍNICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		Nº DO LEITO: 28-03
OPERADOR: DR MARCO LIMA		
1º ASSISTENTE: DR LUIS COELHO	2º ASSISTENTE: DR MATEUS MUNIZ	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR EVERTON	
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA		
DATA DA OPERAÇÃO: 21/05/2021 INÍCIO: FIM:		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LESÃO TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MIE
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
5. INCISÃO SOB LESÃO PRÉVIA E AMPLIAÇÃO DA INCISÃO COM TÉCNICA EM Z
6. VISUALIZADO LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE
7. REALIZADA TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE
8. SUTURA DA PELE
9. CURATIVO
10. RETIRADO GARROTE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO DISTAL
11. TALA BOTA EXTENSÃO DO PÉ E DEDOS
12. A SR





SES/FUSAM
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO

REG: 1111311

Cirurgião: THALES COUCEIRO

1ª Assistente: MARINA HIRSCHLE

Anestesiista: DULCÍDIO

Anestesia: RAQUI

Data da Operação: 18/05/2020

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA ANTEPÉ ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA 3ª METATARSO ESQ + FRATURAS FI 3ª, 4ª E 5ª ARTELOS ESQ

Operação Realizada: O MESMO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE SOB ANESTESIA GERAL. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO COM CLORÉXIDINE.
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.
3. OBSERVADO EXTENSO FERIMENTO EM DORSO ANTEPÉ DIR A NÍVEL DE RAI, COM LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR 4ª PDE. FERIMENTOS EM BASE DE 5ª PDE SEMICIRCULARES. DISSEÇÃO POR PLANOS.
4. IDENTIFICAÇÃO DE FRATURA 3ª MTT ESQ + FRATURA FI 3ª, 4ª E 5ª PDE.
5. REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SF 0.9% ABUNDANTE E FRATURAS E FERIMENTOS.
6. FRATURA 3ª MTT ESQ REDUZIDA E ESTÁVEL. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSSÍNTESE COM 01 FIO DE KIRSCHNER 1,5 EM FI 4ª PDE SEM FLUOROSCOPIA.
7. NÃO REALIZADA TENORRAFIA POIS NECESSITAVA DE AMPLIAÇÃO E INCISÃO E HAVERIA POSSIBILIDADE DE NECROSE DE PELE NO INTRAOPERATÓRIO IMEDIATO. REALIZADA FIXAÇÃO DE TENDÃO LESADO (COT) PROXIMAL A OUTRO TENDÃO EXTENSOR.
8. SUTURA.
9. CURATIVO: ADESIVO E TALA BOTA. BOA PERFUSÃO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO.

Dr. Marina Hirschle
Médica Assistente
CRM: 1111311

Dr. Thales Couceiro





****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Agrícola Guimarães S/N Teupó - Recife - PE FAX 33822500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

PRONTUÁRIO Nº: 1110138 ALTA HOSPITALAR: 22/5/2020

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE PÉ

EM 15 DIAS

DR: SANDRELLI

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 22/5/2020

WALTER CORDEIRO
FELICIANO
CRM: 28069

ASSINADO RESPONSÁVEL E CUBRINDO

VISTO - DATA DO AMBULATÓRIO

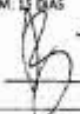
OBS:

- ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- ESTE VOUCHER DEVE SER ENTREGUE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- 30 AGENDAR PACIENTES QUE TORNARÃO ALTA HOSPITALAR E NECESSITAREM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)



SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
 End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejido - Recife - PE PAIX 51828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO		
Reg: 1131311	Enf: 26	Leito: 03
DATA DE ENTRADA: 17/05/2020 DATA DE SAÍDA: 22/05/2020		
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRACTURA EXPOSTA PE ESQUERDO COM LESÃO TENDINOSA		
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO		
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMAGEM): PACIENTE SUBMETIDO A TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR LONGO DO 4º PDE E FIXAÇÃO DE FRACTURA PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS OPERATÓRIO, COM FO COM BOM ASPECTO. RECEBE ALTA COM DEVIDAS ORIENTAÇÕES.		
DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA PARA CONTROLE EM: 15 DIAS		
 Médico Responsável - CRM		CRM: 28949

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
 SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.


 CRM: 28949

Recife, 22/05/2020

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 8º DO NPS, APROVADO PELO DECRETÓ Nº 60.501 DE 04-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Atendimento: End. Rua Agrícola Guimarães 581 Talpós-Rua PE PABX 3183-4500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: José Diego da Silva Araújo 713.311
Clínica: Traumatologia Procedência:

Lauro Médico
Paciente de 15 anos com história
de acidente com motocicleta
evoluindo com fratura exposta de
2ª PE + lesões tendíneas, necessitou
de 2 cirurgias neste serviço.
Evolução com dor + limitação
da movimentação. Cx 592
Grato 596.

Márcia Mendes
Ouro Preto/Minas Gerais
CRM-PE 20.000

Data: 18/05/20 Médico-CRM

OTS-HOF

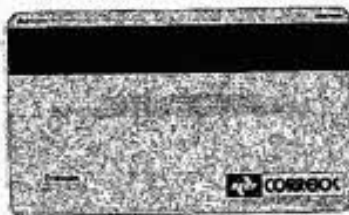
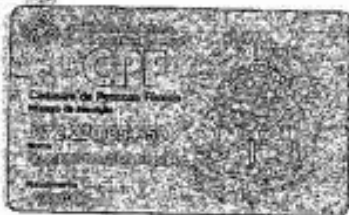
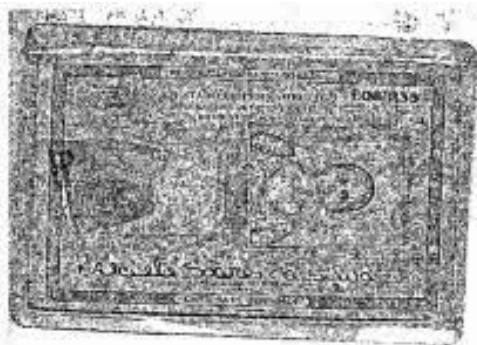


 SES HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS End. Rua Apolônio Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 33828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO: _____ CRM-PE: _____	
PACIENTE: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO ENDEREÇO: _____ PRESCRIÇÃO: CEFALEXON 500MG TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 7 DIAS 22/5/2020	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG. EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ FONE: _____ UF: _____	28CP Biotec Farmácia Rua 1000 51100-000 Recife - PE
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____





 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

172.252.534-76

Nome
JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Nascimento
20/01/2005



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200270123 Cidade: Machado Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO Data do acidente: 17/05/2020 Seguradora: ADIA COMPANHIA DE SEGUROS GRAXOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2020

Valorização do IML: 3

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º FALANCILOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (PI, 2,3,5,6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º FALANCILO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento:
Institutor:

Aparentamento do Lesado
do IML:

Conduta médica:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º FALANCILO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: (PI) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 14/07/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dados de perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00





Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient	SEGURADORA LÍDER DPVAT		TELEFONE / Phone Number
ENDEREÇO / Address	RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR, CENTRO		
CEP / Zip	20037-205	CIDADE / City	RIO DE JANEIRO
UF / State	RJ	PAÍS / Country	

ATENDIMENTO





Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



@dpvat_oficial



@dpvat_oficial



@dpvat_oficial



seguradotalider-dpvat

Site: www.suaseguroatransito.com.br

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO		(81) 996964979	
ENDEREÇO / Address			
RUA EDSON ALVARES, Nº 25, CENTRO			
CEP / Zip		CIDADE / City	UF/State PAÍS / Country
55740-000		MACHADOS	PE

DEVOLUÇÃO (Return)		RECIBO
☐ NÃO DEVOLUÇÃO (Not return)	☐ DEVOLUÇÃO (Return)	
☐ RECIPIENTE (Recipient)	☐ ENDEREÇO (Address)	
☐ INCOMPLETO (Incomplete)	☐ NÃO RESPOSTA (No answer)	
☐ NÃO RECIPIENTE (Not recipient)	☐ DIFÍCIL (Difficult)	
☐ ALTERADO (Altered)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / 2ª / / 3ª / / 4ª / / 5ª / / 6ª / / 7ª / / 8ª / / 9ª / / 10ª / /		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided by the doorman or building manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reintegrated to postal service on / /)		
Data / / Responsável / /		





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO
 DATA DO ACIDENTE 17.05.2020 CPF DA VÍTIMA 778.252.53476
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALCIETE SOARES DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL CÚPIA PARANTESSO COM
 A VÍTIMA E MÃE
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EDSON ALVARES
 Nº 95 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000
 E-MAIL alciete@brasil.com.br TELEFONE (31) 996964929

MARQUE DE QUAL CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) RESULTADO DE IDENTIFICAÇÃO EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADE E LEGÍVEL)
 (X) CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA OU CARTÃO DE NASCIMENTO OU CARTÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADE E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPROBIDADE DE APRESENTAR LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IML, ORIGINAL ATUALIZADA PELA VÍTIMA E REGISTRO DO PROTOCOLO DESTE REGISTRO, QUE COMPROVE A RESISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA EM QUE DEFINITIVA.
 (X) DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM HOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) ATRIBUIÇÃO DE PAGAMENTO / OBJETIVO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS SANITÁRIOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANQUEÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CARTÃO DE NASCIMENTO OU CARTÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM HOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () RESULTADO DE IDENTIFICAÇÃO EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADE E LEGÍVEL)
 () CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA OU CARTÃO DE NASCIMENTO OU CARTÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOB O SIGILO DE CONFIDÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO PRESTADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES JORNADAIS E LOCALS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, OUTRAS
 () FOLHAS FOLGAS JORNADAIS E LOCALS DE FURACÃO ACIDENTARIAS COM RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM HOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () ATRIBUIÇÃO DE PAGAMENTO / OBJETIVO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS SANITÁRIOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANQUEÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CARTÃO DE NASCIMENTO OU CARTÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM HOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- PRETE - R\$ 15.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A QUANTIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 4.314/64
 • DESPESAS MÉDICAS (JANOS) - RESPOSTA ATÉ R\$ 2.750,00 (TRÊS MIL E SETECENTOS E CINQUENTA REAIS) CONFORME O TOTAL DE DESPESAS CONFORMADAS.
 • O FOLIO NÃO PRELIMINAR DA INDENIZAÇÃO É DE 10 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 • COM BASE NA INFORMAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTA FOLHA.
 • PARA ACOMPANHAR O PRECISO DE INFORMAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATBRASIL.COM.BR COM O LOGO GABITO DA DPVAT NO CANTO DA TELA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

DATA 17.05.2020
 IDENTIFICAÇÃO 6.889013 SPS BR
 ASSINATURA Alciete Soares da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA:

DATA 17-05-2020
 NOME John Leonardo de Jesus
 ASSINATURA Ass. Comercial





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200270120 Cidade: Machado Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO Data do acidente: 17/05/2020 Seguradora: ADIA COMPANHIA DE SEGUROS GRAXOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2020

Valoração do IML: 3

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º FALANGE DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (PI, 2,3,5,6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º FALANGE DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento:
Relatório

Aparentamento do Lesado
do IML:

Conduta médica:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º FALANGE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: (PI) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 14/07/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dados de perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASI-0212003/20

Vítima: JOSE DESSO DA SILVA ARAUJO

CPF: 172.352.534-76

CPF do Própio

Data do acidente: 17/05/2020

Título do CPF: JOSE DESSO DA SILVA ARAUJO

Seguradora: AZUL, COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Bolém de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Incapacidade de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALCIBTE SOARES DA SILVA : 072.220.894-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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 de andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguros.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 09h às 20h: 4020-1999 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com a SAC: 0800 022 8189.

A indenização por Incapacidade 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 de apresentação: 26/07/2020
Nome: ALCIBTE SOARES DA SILVA
CPF: 072.220.894-89

ALCIBTE SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data de cadastramento: 29/07/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-59

JULIANA MARQUES RODRIGUES

