



Número: **0027796-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|------------------------------------|---|
| JOSE BATISTA DA SILVA (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) |
| TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU) | |

| Documentos | | |
|------------|--------------------|--------------------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento |
| 75666 045 | 22/02/2021 17:12 | <u>ANEXO 1</u> |

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BATISTA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000000016561-1

Nr. Autenticação
BRADESCO0304202005000000000237025300000001656194500 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2021 17:12:53
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022217125371100000074151300>
Número do documento: 21022217125371100000074151300

Num. 75666045 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127273 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| | | Total | 7 % | R\$ 945,00 |





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

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200127273 **Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA**

Data do Acidente: 05/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BATISTA 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0185501856 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15647289



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2021 17:12:53
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022217125371100000074151300>
Número do documento: 21022217125371100000074151300

Num. 75666045 - Pág. 3

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

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200127273 **Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA**

Data do Acidente: 05/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BATISTA 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\$ 945,00 |

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JOSE BATISTA DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000002530-5

Conta: 0000016561-1

Tipo: CONTA CORRENTE



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.

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:

82425337415 José Batista da Silva

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

5 - Nome completo:

José Batista da Silva

5 - CPF:

82425337415

7 - Profissão:

Tecnico de Revisao Maximo da Silva

9 - Número:

330

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Tairi

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55695-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

83 336684854

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(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, as 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:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 vítima ou beneficiário 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)

40 - Local e Data:

Sairé - PE, 18.03.2020

José Batista da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

21 MAR 2020

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

PROTOCOLO

TESTEMUNHAS

Assinatura da testemunha

AGENCIA : 2530 - BEZERROS
CONTA : 0016561/1
CGC /CPF : 824253374-15
CORRENTISTA : JOSE BATISTA DA SILVA

*Bradesco
corrente*





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097º CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ºCIRC DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **20E0187000120**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/02/2020** às **15:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/12/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SAIRE, 01, RODOVIA PE 103** - Bairro: **CENTRO** - **SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAASTELO PERGENTINO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEMA UTORIA (AUTOR / AGENTE)
JOSE BATISTA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE BATISTA DA SILVA

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

JOSE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DO NASCIMENTO** Pai: **JOSE AMARO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **5/2/1970** Naturalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3790634/SDS/PE (RG) 82425337415 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAIRE, 130, RUA MAXIMO DA SILVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEMA UTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE BATISTA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

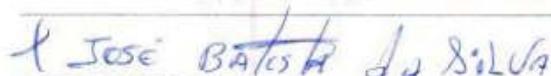
Placa: **PGK1785** (PERNAMBUCO/ARACOIABA) Renavam: **532246853** Chassi: **9C2NC4910DR004547**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETÁRIO: ROSEANE RIBEIRO DA SILVA**



Complemento / Observação

A VITIMA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA RODOVIA PE 103, QUANDO COLIDIU COM UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, CINDO EMS EGUIDA AO CHÃO, COMO NÃO HOUVE DANOS NO AUTOMÓVEL O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL FOI EMBORA SEM SER IDENTIFICADO, E A VITIMA AFIRMA TER TIDO UMA LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO, MAS QUE NA OCASIÃO NÃO PROCUROU ATENDIMENTOS MÉDICOS, indo para sua residência, que no passar dos dias a VITIMA NÃO SENTIA MELHORIA O QUE O FEZ PROCURAR ATENDIMENTOS MÉDICOS NA UNIDADE MISTA OLILIA MENDONÇA SOUTO MAIOR, ONDE FOIA TENDIDO E DIAGNOSTICADO UMA FRATURA EM UMBRO ESQUERDO, CONFORME FICHA MÉDICA DE N° 106.160 APRESENTADA PELA PRÓPRIA VITIMA, NADA MÍAS A DECLARAR.

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



JOSE BATISTA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



file:///C:/Users/Policia%20Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

14/02/2020



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2021 17:12:53
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022217125371100000074151300>
Número do documento: 21022217125371100000074151300

Num. 75666045 - Pág. 8



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:

82425337415 José Batista da Silva

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

5 - Nome completo:

José Batista da Silva

5 - CPF:

82425337415

7 - Profissão:

Tecnico de Revisa Maximo da Silva

9 - Número:

330

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Tairi

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55695-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

83 336684854

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(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, as 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:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 vítima ou beneficiário 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)

40 - Local e Data:

Sairé - PE, 18.03.2020

José Batista da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

21 MAR 2020

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



TESTEMUNHAS

AGENCIA : 2530 - BEZERROS
CONTA : 0016561/1
CGC /CPF : 824253374-15
CORRENTISTA : JOSE BATISTA DA SILVA

*Bradesco
corrente*



FICHA DE EMERGÊNCIA

106.160

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Hora do atendimento: 09:05

Data: 13/12/19

Nome Completo: JOSÉ BATISTA da SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Data de Nascimento: 05/02/90 Sexo: (X) Masculino () Feminino

Nº Cartão SUS: CPF/RG:

Nome da mãe: MARIA JOSÉ da NASCIMENTO

Nome do pai: JOSÉ ANTONIO da SILVA FILHO

Endereço de Residência: RUA: MAXIMINO RUFINO da SILVA

Município: SAÍRE CEP: 55635-000 UF:

Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

Equipe de Saúde da Família:

Estado Civil: SOLTEIRO Fone:

Enfermeira(o): SILVANIA Médico(a): EDUARDO

HISTÓRIA CLÍNICA

Relato atual do Paciente: Paciente ei hystouci de trauma de malha + 1 semana, ei fractura seu umero E. Consulte e orientado Colagowis.

Pressão Arterial (PA): 120 x 80 Pulso: Temperatura:

Hipótese Diagnóstico (HD):

Conduta:

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SAÍRE
Titular: FERNANDO SÉRGIO DA ROCHA FARIA FILHO
Telefone: (81) 3748-1340

Certifico e dou fé que a presente cópia reproduzida é
reprodução fiel do original que me foi apresentado.
Valor: R\$ 3,07; TSNR: R\$ 0,68; Fundos: R\$ 0,10; FERC: R\$
0,34; Total: R\$ 4,19. Em testemunha da verdade, Mariana
N. Martins Faria - Escrivente Autorizada

Selo: 0159574.MFL12201902.00254 16/12/2019 09:27:55
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://tjpe.jus.br/seledigital)




Hora da Liberação: Data: / /

Assinatura: 

Código 1G/L





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



pacificado

1 - IDENTIFICA

DO PACIENTE

Atendimento: 570978

Prontuário: 350887

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA

Data Nasc.: 05/02/1970 Idade: 49

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 82425337415

RG: 3790634

CNS: 702801617744763

Endereço: RUA MAXIMINO RUFINO

Nº: 110

Bairro: CENTRO

Cidade: SAIRE

Estado: PE

CEP: 55695000 Fone: 996775175

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 13/12/2019 10:35

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal /,HDA:

Refém num de moto kdes

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Dor, dor, dor, dor

Diag. Provisório:

Fractura de fr. em esq

hi por + Sal. molar

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Dr. Jose Patriota
Ortopedia
CRM/PE 5312





**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Data: / /

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

Transferência: Internamento

Condicão de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

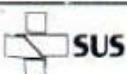
13/12/2019 10:36:52
2 de 2

Usuario do Atendimento RF IANESS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2021 17:12:53
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102221712537110000074151300>
Número do documento: 2102221712537110000074151300

Núm. 75666045 - Pág. 14



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio Bento de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
350 887

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

201280761747461303

8 - DATA DE NASCIMENTO

572 P

9 - SEXO

Mas

Fem. **3**

10 - RACA/COR

Tanha

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Virginia José do Nascimento

12 - TELEFONE DE CONTATO
098 75375

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Antônio Bento de Oliveira

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Antônio Bento

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santana

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença de estômago no ventre

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Prv

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Enterite de C. difficile

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

test - exame

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CRÁTER DA INTERNAÇÃO

0

31 - DOCUMENTO

CNS CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio Bento de Oliveira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGUROADORA

41 - SÉRIE

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

CNS CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

LL



Data e hora retirada da senha: 13/12/2019 10:18

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Nome Paciente: | JOSE BATISTA DA SILVA |
| Cód. Paciente: | |
| Data de Nascimento: | 05/02/1970 |
| Sexo: | Masculino |
| Idade: | 49 |
| Senha: | U0011 |
| Convênio: | - |
| Atendimento: | SAME: |

Período: 13/12/2019 10:19 - 13/12/2019 10:22

ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 1 SEMANA , APRESENTANDO DOR E DIMINUIÇÃO DE MOBILIDADE, COM FRATURA FECHADA EM UMERO ESQUERDO.

Medicamento(s): HAS-DM-

Observação: SENHA 5836655

NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - DEFORMAÇÃO?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/12/2019 10:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2021 17:12:53
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022217125371100000074151300>

Num. 75666045 - Pág. 16

Número do documento: 21022217125371100000074151300

FICHA DE TRANSFERÊNCIA

HORA DE ATENDIMENTO: _____

NOME: José Batista da Silveira

PROFISSÃO: _____ SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ IDADE: _____

FILIAÇÃO: _____

E: _____

ENDEREÇO: _____

PA: _____ TC: _____ P: _____ FC: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Paciente vítima de trauma há + 1 semana.
C1 abr e diminuição da mobilidade em membro.
Supurac fechada -
Fratura em membro E.
Consciente e orientado, Glasgow 15
PA: 120x80 mm Hg
FC: 80 SatO₂: 97%

DIAGNÓSTICO: Hospital Regional do Agreste (Traumatologia)

HOSPITAL: _____

SENHA: 5836655

HORA DA LIBERAÇÃO: _____

MOTORISTA: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____

MÉDICO: _____


Dr. Edvaldo Holanda
Médico
CRM 06357





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2021 17:12:53
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022217125371100000074151300>
Número do documento: 21022217125371100000074151300

Num. 75666045 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127273 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| | | Total | 7 % | R\$ 945,00 |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2021 17:12:53
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022217125371100000074151300>

Num. 75666045 - Pág. 20

Número do documento: 21022217125371100000074151300

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100471/20

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA

Data do acidente: 05/12/2019

CPF: 824.253.374-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BATISTA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE BATISTA DA SILVA : 824.253.374-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/03/2020
Nome: JOSE BATISTA DA SILVA
CPF: 824.253.374-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE BATISTA DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2021 17:12:53
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022217125371100000074151300>
Número do documento: 21022217125371100000074151300

Num. 75666045 - Pág. 21