



Número: **0069632-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

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	
CICERO BARBOSA NETO (AUTOR)		christienne marie dos santos cavalcanti ferreira (ADVOGADO) DAYVDSON MANOEL DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75228925	15/02/2021 13:50	ANEXO 1	Outros (Documento)



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: CICERO BARBOZA NETO

1. Ocorrência da Emergência: 757226

1.1 - Atendimentos em: 14/08/19

1.2 - Às 19 horas e 03 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1128062

2.1 - Internado em: 14/08/19

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO ÚMERO DISTAL DIREITO.

4. Tratamento: TALA AXILO PALMAR DIREITA.

5. Observação: COLISÃO BICICLETA X CARRO.

TRANSFERIDO PARA REDE CONVENIADA EM 16/08/19.

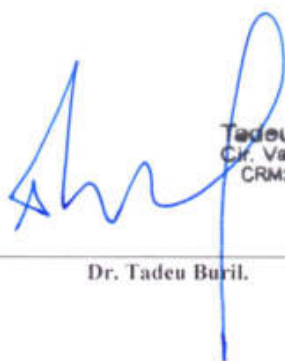
DATA: 25.11.2019

HORA: 11:08:12

PASTA: 01.11.2019

TB

RS


Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3018

Dr. Tadeu Buril.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
30/01/2020



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 757228

Prontuário: 1128062

Nome: CICERO BARBOZA NETO

Data Nasc.: 22/10/1972

Idade: 46

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 4867772

CNS:

Endereço: ESTRADA DO PAIOL

Bairro: IMBIRIBEIRA

Cidade: RECIFE

Nº: 53

Estado: PE

CEP: 51150250

Fone: 81610170

Profissão:

Nome da Mãe: MARINA JOSEFA DA CONCEICAO

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. ALESSANDRO COLISAO MOTO X BICICLETA TEC. ELOISA SAMU RECIFE BASICA - 07

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 14/08/2015 HORA: 19:03 h Médico:

Queixa Principal / HDA: Paciente vítima acidente carro, há 1 hora no momento, refere dor em M.S.D. e dor cervical. E dispneia e dor edemato

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Empolamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Queda de Fermento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

CCR, consciente, orientado, eupneico, corado

B: Respiratório

MVC e AMT S/A

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: 24 bpm

PCR - DT BNF S/S

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 11 Hora:

Escore: 5 Hora:

Escore: 6 Hora:

SGG: 15 e deficit motor focal

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Joldi/2020



**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



E: Abdômen
 Exame físico: *abdomem flácido, indolor*
 Diagnóstico Inicial: *trauma contuso*

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica
 *CD: *Exame R+ estômago trauma*
Exame R+ MSD

Exames Solicitados: 1 - Especializados
Exame de Urina

Resultado de Exames:
14/08/19 *#CG**
21:30 *Paciente em estado de choque*
 Tratamento / Procedimentos: *Rx g. pneumotórax e se*
de fístula

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:
 Evolução de Enfermagem: *ABD: Flácido, indolor*
 Diag. Definitivo: **CD: @ Alto da CG*

Definição do Caso:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:
☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social
 Confirmação do Nome: _____ Assist. Social: _____
 Confirmação do Endereço: _____
 Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐ Assist. Social: _____
 Observações: _____

Autorização para Alta / internamento / Transferência
 Médico: _____ CRM/CRO: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de Responsabilidade Para Internamento:
 - Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for o caso.
 Data: _____ Nome completo legível: _____
 Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:
 - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.
 Data: _____ Nome completo legível: _____
 Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 14/08/2019 19:03 h CLAUDIOAS Impressão: 14/08/2019 19:03 h CLAUDIOAS

S.O.T. 14/08/19
Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões de cabeça, tórax e abdômen. Sem alterações neurológicas.
Apresenta sinais de trauma, com dor abdominal.
CD. Trauma contuso de abdômen e tórax - procedimento realizado conforme prescrição médica.
Internado

Médico *[Assinatura]*



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 14/08/2019 18:52

Nome Paciente: CICERO BARBOZA NETO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 22/10/1972
Sexo: Masculino
Idade: 46
Senha: E0021
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/08/2019 18:52 - 14/08/2019 18:53

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR EM REGIÃO TORACICA + DOR EM MSD APOS COLISÃO MOTO X BICICLETA HOJE.
HAS-
DM-
ALERGIA NEGA
NEGA SÍNCOPE E EMESE.

Observação: SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

14/08/2019 F. Oliveira.
Paciente com dor no tórax e dor em MSD após colisão moto x bicicleta hoje.
HAS-
DM-
ALERGIA NEGA
NEGA SÍNCOPE E EMESE.
16/08/19
Paciente sem mais
enfermagem com dor
aguda, cingir
Dra. Cláudia Barbosa de A. Madeiros
Cirurgiã Geral e Microcirurgia
CRM 17724-PE
Dr. José Venâncio O. Jr.
Traumatologista
Cirurgião de Emergência
CRM 12662

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/08/2019 18:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 14/08/19

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apolar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

ATENDIMENTO
COREN-PE 352875 - ENF.

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 033 81.31845600

HGV 1026 V.1.2019.

KOTE SEGURO
Erica Araújo
Johanna



NOME: Cicero Barbosa Neto
NOME DA MÃE:

CLÍNICA: ENFERMARIA: LEITO: Nº DO REGISTRO: 1128062
DATA DE NASCIMENTO: IDADE: PESO: ALTURA: SEXO: ☐ F: ☐ M:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fratura de osso distal

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Intelecto

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 14.08.19

DATA DA ALTA: 16.08.19

DIAS DE INTERNAÇÃO: 02d.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

0308010019

542

CID:

86.90.99.00
Doença da pele
CRU-10

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS		
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐	☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

Fratura em osso.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA
☐ OUTROS

ÓBTO:

☐ IML ☐ SVO ☐ BO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):

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

DATA

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/CARIMBO/CRM

Avenida General San Martin s/n - Condeiro
Recife/PE - CEP 51.230-060
Fone: 0XX 81 31845800

V.1010.V.1.2013.

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
16/08/2019





Scanned by CamScanner





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CICERO BARBOZA NETO**, prontuário nº 573291, admitido neste hospital em 16/08/2019 com diagnóstico de Fratura do úmero distal direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 21/08/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
18/09/2019 - 14:54

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugã, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br

Scanned by CamScanner





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 75235 Prontuário: 573291 Data de Nascimento: 22/10/72 Idade: 46 ANO(S)
Nome do Paciente: **CICERO BARBOSA NETO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARINA JOSEFA DA CONCEICAO
CPF: 93600534491

010

LAUDO RX COTOVELO DIR AP/P

Recife, 28-08-2019 07:27

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

CHAPA: 119 227392

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY CRM: 10755 Data e Hora: 29/08/2019 14:31:09



Scanned by CamScanner





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CICERO BARBOSA NETO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelas próximas 45 dias.

CID: S424

Recife, 21/08/2019

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

Scanned by CamScanner





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1565 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: FAEX 3412-3800 | Email: sta-casa@portacasaarecife.org.br
Site: www.santacasaarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CICERO BARBOSA NETO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 120 dias, a partir de 16/08/19.

CID: S424

Recife, 03/09/2019

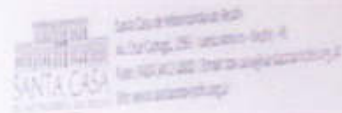
DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Scanned by CamScanner



Relatório Médico de Alta



Nome: CICERO BARBOSA NETO
 Reg.: 75225 Pront.: 573291
 Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 22/10/1972 Idade: 48
 Conv.: RETAGUARDA GETULIO Admissão: 16/08/2019 21:05 Alta: 21/08/2019 11:55

Admissão:
 FRATURA EM OMERO DISTAL DIREITO
 Evolução / Conduta:
 OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:
 Principal: SACC FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO OMERO

Informação	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUZ	16/08/2019 21:05	21/08/2019 11:55	5 dias

Orientação:
 1. Agendar retorno para Dr. OSVALDO COIMBRA para 15 dias.
 2. Tomar medicação prescrita.
 3. Realizar RX.
 4. REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAUDE

Condição de Alta: Melhorado Tipo de Alta: Médica
 Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
 CRM: 10531

[Handwritten signature of Dr. Henrique Costa Barbosa]
 Dr. Henrique Costa Barbosa
 CRM 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fones: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: CICERO BARBOSA NETO
Nº Registro: 75235 Nº Protuário: 573291 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Convênio: RETAGUARDA GETULIO OS: 119.233553 Data: 03/09/19

SOLICITAÇÃO

02640075 RX VOTCAVELO DULAPIT

Dr. OSVALDO GOMES JR.
Cirurgião - ORL e Otorrinolaringologia
CRM: 15.451 - RENOVAÇÃO: 15/02/2021

Dr. OSVALDO GOMES JR.
Cirurgião - ORL e Otorrinolaringologia
CRM: 15.451 - RENOVAÇÃO: 15/02/2021

??

Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE , Telefone: 3412-3800

Scanned by CamScanner





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabuga, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta.casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 75235 Profissional: 573241 Data de Nascimento: 22/10/72 Idade: 46 ANO(S)

Nome do Paciente: **CICERO BARBOSA NETO** Sexo: Masculino

Nome da Mãe: MARINA JOSEFA DA CONCEICAO

CPE: 93600534401

Data: 20/08/2019

11) Verificada boa perfusão distal
4x13mm

Re: de 20/08/2019 10:53

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 7.790/2 de 14.06.2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR CRM: 16658 Data e Hora: 20/08/2019 11:04:39

Scanned by CamScanner



Data Internamento:	16/08/19	Data Alta:	21/08/19	Dias de Hospitalização:	05 DIAS
--------------------	----------	------------	----------	-------------------------	---------

KOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 10/01/2020





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3417-3800 | Email: sta.casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 75235 Prontuário: 573291 Data de Nascimento: 22/10/72 Idade: 46 ANO(S)
Nome do Paciente: **CICERO BARBOSA NETO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARINA JOSEFA DA CONCEICAO
CPF: 93600534491

Data: 20/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de umero distal DIREITO

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Transposição cubital (040302010-7) + Tratamento cirúrgico de fratura do úmero distal (COD: 040802039-3) + Osteotomia (040806019-0)

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Jr

Anestesista: Diana Anjos

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito ventral sob anestesia
- 2) Aséptica + Antissepsia
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis e impermeáveis
- 4) Realizada incisão posterior no braço direito (tríceps) com dissecção por planos anatômicos.
- 5) Visualizado foco de fratura em úmero distal
- 6) Realizado limpeza da articulação com SF0,9% e revisão da hemostasia. Neúrlise de nervo cubital.
- 7) Osteotomia em Chevron de olecrano para abordagem de foco de fratura
- 8) Redução anatômica dos fragmentos após liberação de retração muscular e manutenção da mesma através de 01 placa bloqueada lcp 4,5 com parafusos cortical e bloqueados. Redução de articulação com 01 parafuso esponjoso e 01 arruela. Observado que o nervo radial não estava entrapado entre a placa e o osso e realizada neúrlise.
- 9) Observada a manutenção da redução e rigidez da síntese após movimentação passiva do cotovelo, sem bloqueio articular. Síntese de osteotomia com 02 fios de kirschner e 01 fio de aço em banda de tensão.
- 10) Transposição submuscular de nervo cubital.
- 11) Síntese por planos anatômicos com tenomiografia do tríceps.
- 12) Curativo

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR CRM: 16658 Data e Hora: 20/08/2019 11:04:39

KOTE SEGURO
Erica Araújo
10/10/2020

Scanned by CamScanner





KOTE SEGUROS
Erica Araújo
30/01/2020



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017359/20

Vítima: CICERO BARBOZA NETO

CPF: 936.005.344-91

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO BARBOZA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO BARBOZA NETO : 936.005.344-91

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: 13/01/2020
Nome: CICERO BARBOZA NETO
CPF: 936.005.344-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

CICERO BARBOZA NETO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





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, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019919

Vítima: CICERO BARBOZA NETO

Data do Acidente: 14/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO BARBOZA NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

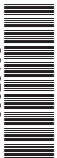
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15359966

Pag. 00329/00330 - carta_01 - INVALIDEZ

00020165





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, 25 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019919

Vítima: CICERO BARBOZA NETO

Data do Acidente: 14/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO BARBOZA NETO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

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

Recebedor: **CICERO BARBOZA NETO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001838-4**

Conta: **000010035169-7**

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, retorne 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

DADOS CADASTRAIS

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 ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ☐ R\$5.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1838 4 CONTA: 35169 5 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo-a 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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Foi motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(p) nascituro(s) ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: OLINDA, 06 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099002198**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/08/2019** às **16:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MASCARENHAS DE MORAIS, 1** - Bairro: **IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CICERO BARBOZA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO BARBOZA NETO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

CICERO BARBOZA NETO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **22/10/1972** Naturalidade: **AGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4867772/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Telefones Celulares:
- **982029110**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE IMBIRIBEIRA (BAIRRO), 53, ESTRADA DO PAIÓ - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **CICERO BARBOZA NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO BARBOZA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **OUTRA COR** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/01/2020

13/12/2019, 09:19



Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA 14. 08.2019 QUANDO PEDALAVA SUA BICICLETA PELA A AVENIDQA MASCARENHA DE MORAIS , FOI ATROPELADO POR UM VEICULO DE COR BRANCA DE CONDUTOR DESCONHECIDO E PLACA NÃO ANOTQADA SOFRENDO, ESCORIAÇÕES , E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, SENDO SORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS , FATO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS CABIVES ,

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

Cicero Barboza Neto
CICERO BARBOZA NETO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Ednildo Luiz da Silva* **EDNILDO LUIZ DA SILVA** - Matrícula: **3849163**



KOTE SEGUROS -
Erica Araujo
10/01/2020

13/12/2019 09:19



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

DADOS CADASTRAIS

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 ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ☐ R\$5.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1838 4 CONTA: 35169 5 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo-a 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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Foi motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (parturiente)? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: OLINDA, 06 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019919 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO BARBOZA NETO **Data do acidente:** 14/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P6 P16)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

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 MODERADO DO COTOVELO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO BARBOZA NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01838-4

CONTA: 000010035169-7

Nr. da Autenticação 382052C291727609



