



Número: **0114118-20.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/11/2021**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REJANE BATISTA DA SILVA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97043 226	19/01/2022 11:12	2851173_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO A

Processo: 01141182020218172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **REJANE BATISTA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **06/09/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **19/01/2021**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 19/01/2021 após 4 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 06/09/2020, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/09/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.



Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de janeiro de 2022.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo 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 sequela 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 sequelas 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.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **REJANE BATISTA DA SILVA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 01141182020218172001.

Rio de Janeiro, 19 de janeiro de 2022.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

1234567

¹ Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³ "APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷**art.**

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0114118-20.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/11/2021**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REJANE BATISTA DA SILVA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97044 958	19/01/2022 11:12	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210036935 **Cidade:** Itaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/09/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA P.10,11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210036935 **Cidade:** Itaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/09/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA P.10,11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
01 FEV 2022
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



VALOR EM TODOS TERCEIROS DIAS
1.738.518 16.07.1997
Regina Batista da Silva
Antonino Batista da Silva
Rizalva Barbosa da Silva
Itaíba - PE. 07.02.1971
Cart. Nasc. Nº 1967 L.28 Fla.265V
Itaíba - PE.
027.930.204-51

COMPEN
COMPENHIDA E PREVIDENCIA SIA
01 FEV 2022
PROTOCOLO
RECEBIDA





CCMPREV
CCMPREVUNDA E PREVIDÊNCIA S/A
01 FEV 2022
PROCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



Dados de Identificação

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40
 Procedimento: RENÚCIO ZUCRIS-DA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- | | |
|--|---|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não ()
Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não
Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u></p> <p>Quem informou? (<input checked="" type="checkbox"/>) Paciente () Familiar
() Outro _____</p> <p>6. Doença progressa? HAS () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não DM () Sim
() Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não</p> <p>8. Etilista: () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não
Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não
Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Especifique _____</p> <p>12. Próteses: () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Especifique _____</p> |
|--|---|

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160/90 mmHg
 14. FR: 17 irpm
 15. T: 36,8 °C
 16. Glicemia: _____
 17. Peso: 92
 18. Altura: _____
 19. Tipo sanguíneo: _____



Monitorização

20. AVF () Sim () Não 21. AVC () Sim () Não 22. Monitorização () Sim () Não 23. Sondagem () Sim () Não
 24. Risco de aspiração () Sim () Não 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
 27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado por intermédica
Essencial para o R.O. e entrega do paciente

[Assinatura]
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
 6-1 FEV 2221
PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 160ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAIBA - DP160ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E025000029

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2021** às **09:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **6/9/2020** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SANTA CRUZ, 01, DISTRITO DE NEGRAS, MUNICIPIO DE ITAIBA** - Bairro: **CENTRO - ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **00000-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / ENTRADA DE NEGRAS, PROXIMO AO CEMITERIO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

REJANE (AUTORA E VITIMA) (AUTOR \ AGENTE)
JOSE MARCIO DOS SANTOS (OUTRO)
REJANE BATISTA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

REJANE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **RIZALVA BARBOSA DA SILVA** Pai: **ANTONIO BATISTA DA SILVA** Data de Nascimento: **7/2/1971** Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1738518/SSP/AL (RG), 02793020451 (CPF)** Profissão: **CABELEIREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 087981094333**

JOSE MARCIO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA** Data de Nascimento: **1/1/1990** Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **06630993403 (CPF)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

REJANE (AUTORA E VITIMA) (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **RIZALVA BARBOSA DA SILVA** Pai: **ANTONIO BATISTA DA SILVA** Data de Nascimento: **7/2/1971** Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1738518/SSP/AL (RG), 02793020451 (CPF)** Profissão: **CABELEIREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 087981094333**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MARCIO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REJANE BATISTA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PGV8727 (PERNAMBUCO/ITAIBA)** Renavam: **109318853** Chassi: **9C2JB0100GR201632**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

file:///C:/Users/invi/Infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.html



19/01/2021

Boletim de Ocorrência

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA POP 100**

Complemento / Observação

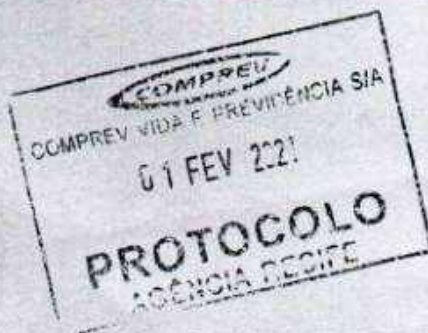
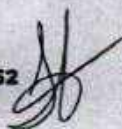
A VÍTIMA VEIO HOJE NESTA DP REGISTRAR O BO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, POIS AO PILOTAR A MOTOCICLETA ACABOU DERRAPANDO NA ESTRADA DE TERRA NA ENTRADA DO DISTRITO DE NEGRAS, PRÓXIMO AO CEMITÉRIO, POR VOLTA DAS 17:30, NO DIA 06/09/2020, O QUE POR CONSEQUÊNCIA DA QUEDA ACABOU FRATURANDO O PUNHO ESQUERDO E TENDO QUE FAZER CIRURGIA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO EM ANEXO.

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

**REJANE BATISTA DA SILVA
(VITIMA)**

**REJANE (AUTORA E VITIMA)
(AUTOR \ AGENTE)**

B.O. registrado por: **Izabelly Alliny Alves dos Santos** - Matrícula: **3996352**
(Liberado em **19/01/2021** às **10:36**)



Dados de Identificação

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40
 Procedimento: RENÚCIO ZUCRISANTA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- | | |
|---|---|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia () Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim () Não ()
Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua () Sim (x) Não
Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim () Não
Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u>
Quem informou? (x) Paciente () Familiar
() Outro _____</p> <p>6. Doença progressa? HAS () Sim (x) Não DM () Sim
() Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: () Sim (x) Não</p> <p>8. Etilista: () Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim () Não
Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim () Não
Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: () Sim (x) Não
Especifique _____</p> <p>12. Próteses: () Sim (x) Não
Especifique _____</p> |
|---|---|

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160/90 mmHg 14. FR: 17 lpm 15. T: 36,8 °C 16. Glicemia: _____ 17. Peso: 92 kg 18. Altura: _____ cm 19. FC: 87 bpm 20. Tipo sanguíneo: _____



Monitorização

20. AVF (x) Sim () Não 21. AVC () Sim () Não 22. Monitorização () Sim () Não 23. Sondagem () Sim () Não
 24. Risco de aspiração () Sim () Não 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
 27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado por intermédica
Essencialidade no R.O. e culca da paciente

[Handwritten Signature]
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
 6-1 FEV 2221
PROTÓCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO





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: **027.930.204-51** 4 - Nome completo da vítima: **REJANE 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: **REJANE BATISTA DA SILVA** 6 - CPF: **027.930.204-51**
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **PRÉS GETULIO VAGAS** 9 - Número: **27** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **ITAIBA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56550-000**
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\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ 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. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0915** CONTA: **12671** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Graude 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(vernáculo)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou filhos adotivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que estiverem inscritos no SIA desta 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 - Imprimir e colar aqui o original da vítima ou beneficiário (se disponível)
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **ITAIBA-PE, 25-01-2021**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Rejane Batista da Silva*
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





Dados de Identificação

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40
 Procedimento: RENÚCIO ZUCRISITA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- | | |
|---|--|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia () Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim () Não ()
Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua () Sim (x) Não
Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim () Não
Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u>
Quem informou? (x) Paciente () Familiar
() Outro _____</p> <p>6. Doença progressa? HAS () Sim (x) Não DM () Sim
() Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: () Sim (x) Não</p> <p>8. Etílica: () Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim () Não
Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim () Não
Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: () Sim (x) Não
Especifique _____</p> <p>12. Próteses: () Sim (x) Não
Especifique _____</p> |
|---|--|

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160/90 mmHg
 14. FR: 17 irpm
 15. T: 36,8 °C
 16. Glicemia: _____
 17. Peso: 92
 18. Altura: _____
 19. FC: 80
 20. FC/PA: 87



Monitorização

20. AVF (x) Sim () Não 21. AVC () Sim () Não 22. Monitorização () Sim () Não 23. Sondagem () Sim () Não
 24. Risco de aspiração () Sim () Não 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
 27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado por intermédica
Essencialidade no R.O. e culca) a pedido

[Handwritten Signature]
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO S/A
 6-1 FEV 2221
PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGIOE





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 Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210036935

Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REJANE 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: **REJANE BATISTA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000915**

Conta: **0000012671-0**

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.

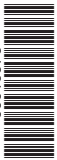
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01957/01958 - carta_15R - INVALIDEZ

00010979





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 Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210036935

Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), REJANE BATISTA DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01497/01498 - carta_02 - INVALIDEZ

00020749



Carta nº 16608159



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REJANE BATISTA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00915

CONTA: 000000012671-0

Nr. da Autenticação 4B8BA25279412CC5



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033595/21

Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA

CPF: 027.930.204-51

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 06/09/2020

Titular do CPF: REJANE BATISTA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

REJANE BATISTA DA SILVA : 027.930.204-51

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: 01/02/2021
Nome: REJANE BATISTA DA SILVA
CPF: 027.930.204-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

REJANE BATISTA DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





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: **027.930.204-51** 4 - Nome completo da vítima: **REJANE 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: **REJANE BATISTA DA SILVA** 6 - CPF: **027.930.204-51**
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **PRÉS GETULIO VAGAS** 9 - Número: **27** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **ITAIBA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56550-000**
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\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ 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. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0915** CONTA: **12671** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 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 naschuro (vereador)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou filhos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que eu declarar nesta 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 - Imprimir aqui o nome legível da vítima ou beneficiário (em abreviatura) _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: **ITAIBA-PE, 25-01-2021**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Rejane Batista da Silva*
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



Dados de Identificação

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40
 Procedimento: RENÚCIO ZUCRISITA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- | | |
|---|---|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia () Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim () Não ()
Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua () Sim (x) Não
Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim () Não
Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u>
Quem informou? (x) Paciente () Familiar
() Outro _____</p> <p>6. Doença progressa? HAS () Sim (x) Não DM () Sim
() Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: () Sim (x) Não</p> <p>8. Etilista: () Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim () Não
Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim () Não
Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: () Sim (x) Não
Especifique _____</p> <p>12. Próteses: () Sim (x) Não
Especifique _____</p> |
|---|---|

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160/90 mmHg
 14. FR: 17 lpm
 15. FC: 87 bpm
 16. Glicemia: _____
 17. Peso: 92
 18. Altura: _____
 19. Tipo sanguíneo: _____



Monitorização

20. AVF (x) Sim () Não 21. AVC () Sim () Não 22. Monitorização () Sim () Não 23. Sondagem () Sim () Não
 24. Risco de aspiração () Sim () Não 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
 27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado por intermédica
Essencialidade no R.O. e culca da paciente

[Handwritten Signature]
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
 6-1 FEV 2221
PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.088 de 20/06/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 51090-000
CNPJ 06.638.832/0001-06 | INSC. Est. 09.06862-99 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
REJANE BATISTA DA SILVA

INDICADOR DA UNIDADE DE CONSUMO
RESIDENCIAL

CPF 027.950.204-51

CENTRONEGRAS
ITAIBA PE
58500-000

CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL
Monofásico

7001500250	11/2020
20/11/2020	15/12/2020
75,62	

13/02/2021	13/11/2020
13/11/2020	13/11/2020

Consumo Ativo (Wh) - TUSO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh) - TE	101.300.000	0,46417698	46,99
Consum. Rem. Pública Municipal	101.300.000	0,36378113	36,43
ICMS Substituído - CDE PE (24183431-1) 15/09/20			11,11
PROD. CRIANÇA - (0813413-0) 09/01/2010 03/1/2010			0,82
Coop. de PLANEJ. AO TERMO - (087) 3271-1542			1,50
Despesas Pagamento em Duplicidade			4,00
			-24,92

TOTAL DA FATURA

75,62

ÍP. DO MEDIDOR	TIPO DA FATURA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	ÍP. DE CÔNTRATO	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
		13/11/20	13/11/20	13/11/20	1/2020		101,30

MOZ	VALOR	%	VALOR DO MÊS ANTERIOR	COMPOSIÇÃO DA DESPESA	VALOR	%
00/20	38			Transmissão	R\$ 1,81	4,3%
01/20	104			Rede Básica (Custos)	R\$ 18,24	22,7%
02/20	118			Perdas de Energia	R\$ 4,06	5,2%
03/20	86			Taxas para Instalação	R\$ 1,85	2,3%
04/20	111			Impostos	R\$ 25,28	32,3%
05/20	88			Total	R\$ 83,34	100%
06/20	88					
07/20	110					
08/20	86					
09/20	86					
10/20	86					
11/20	118					
12/20	86					

celpe energia

ATM: PONTO CERTO
AV. PAJ. ANTÔNIO INACIO, 20 L.P.
N.º 1180 - ITAIBA

Recife, PE, 12-2020 09:22
VIA: 204-521755 120.00006

CELPE VLN PG. - R\$ 75,62

DOCUMENTO VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
01 FEV 2021
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Dados de Identificação

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40
 Procedimento: RENÚCIO ZUCRISITA PUNHO Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- | | |
|---|---|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia () Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim () Não ()
Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua () Sim (x) Não
Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim () Não
Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u>
Quem informou? (x) Paciente () Familiar
() Outro _____</p> <p>6. Doença progressa? HAS () Sim (x) Não DM () Sim
() Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: () Sim (x) Não</p> <p>8. Etilista: () Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim () Não
Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim () Não
Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: () Sim (x) Não
Especifique _____</p> <p>12. Próteses: () Sim (x) Não
Especifique _____</p> |
|---|---|

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160/90 mmHg
 14. FR: 17 lpm
 15. T: 36,8 °C
 16. Glicemia: _____
 17. Peso: 92
 18. Altura: _____
 19. FC: _____
 20. PCV: 37
 21. Tipo sanguíneo: _____



Monitorização

20. AVF (x) Sim () Não 21. AVC () Sim () Não 22. Monitorização () Sim () Não 23. Sondagem () Sim () Não
 24. Risco de aspiração () Sim () Não 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
 27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado por intermédica
Essencial para o R.O. e entrega do paciente

[Assinatura]
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
 6-1 FEV 2021
PROTÓCOLO
 AGÊNCIA REGIOE





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHO
DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.
Av. Simôa Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns-
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Regime Botinta do S, G, H

Fristo para 40 dias

21/01/2020



Victor Crispim
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23144





HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE
EMERGÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

HOSPITAL MUNICIPAL
João Vicente

Usuário: LUANNA MARIA BRANDAO DE OLIVEIRA 09/12/2020 11:07

Impressão do Prontuário

Dados do Paciente

Paciente: REJANE BATISTA DA SILVA
Sexo: Feminino Data 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 10 Meses
CNS: 703.600.039.374.436 Telefone: Celular:
Nome da Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA
Nome do Pai: ANTONIO BATISTA DA SILVA
Endereço: 1A TRAVESSA GETULIO VARGAS, 43, NEGRAS, ITAIBA - PE, 56555-000

Atendimento

Unidade: EMERGÊNCIA Telefone:
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA Data Atendimento: 08/09/2020 09:17:57 Número: 22677

Profissional (11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Atendimento: RETORNO OBSERVAÇÃO
Data Registro: 08/09/2020 11:01:38
Descrição: Alta
Data alta: 08/09/2020
Motivo: Transferido para outro estabelecimento

Profissional (11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Atendimento: RETORNO OBSERVAÇÃO
Data Registro: 08/09/2020 11:01:14
Descrição: Encaminhada ao HRDM

Profissional (11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Atendimento: OBSERVACAO
Data Registro: 08/09/2020 11:00:53
Descrição: Retomo

Profissional (11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA
Data Registro: 08/09/2020 10:01:28
Descrição: Paciente vítima da queda de moto há 2 dias, apresentando contusão em punho E, com dor e edema + Rx evidenciando fratura.

Profissional (11850) TASSIO GUIMARAES DE FARIAS Tipo Atendimento: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Data Registro: 08/09/2020 09:18:00
Descrição: Temperatura: 36,10, PA: 150x80, Frequência Cardíaca: 68, Saturação de Oxigênio (%): 99, Aférgias: 16, supratentorial + Voltarem.(SIC), Motivo Consulta: Paciente relata queda da própria altura (Dor + edema em membro superior esquerdo).

CCMPRE
01 FEV 2021
PROTOKOLO
SERVICO DE EMERGENCIA

- - CEP -
ITAIBA - PE FONE





HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE
EMERGÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

Usuário: LUANNA MARIA BRANDAO DE OLIVEIRA 09/12/2020 11:07

Impressão do Prontuário

Dados do Paciente

Paciente: REJANE BATISTA DA SILVA

Sexo: Feminino

Data 07/02/1971

Idade: 49 Anos e 10 Meses

CNS: 703.600.039.374.436

Telefone:

Celular:

Nome da Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA

Nome do Pai: ANTONIO BATISTA DA SILVA

Endereço: 1A TRAVESSA GETULIO VARGAS, 43, NEGRAS, ITAIBA - PE, 56555-000

Atendimento

Unidade: EMERGÊNCIA

Telefone:

Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Data Atendimento: 07/09/2020 10:39:59

Número: 22172

Profissional

(11656) CLECIO DOS SANTOS FERREIRA

Data Registro: 07/09/2020 12:12:48

Descrição:

Administração de Medicamentos:

DEXAMETASONA 4MG/ML - 2,5ML - 1 AM - 07/09/2020 - 12:12

Tipo

Medicamentos

Tipo Atendimento

ALTA COM MEDICAÇÃO

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Data Registro: 07/09/2020 12:03:32

Descrição:

Alta

Data alta: 07/09/2020

Motivo: Alta Melhorado

CID: (S400) Contusão do ombro e do braço

Tipo

Atendimento
Alta

Tipo Atendimento

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Data Registro: 07/09/2020 12:03:31

Descrição:

Medicamentos Recetados - Receita Prescrição Atendimento

DEXAMETASONA 4MG/ML - 2,5ML - 1 AM - 1 AMPOLA

Tipo

RECEITUÁRIO

Tipo Atendimento

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Data Registro: 07/09/2020 12:03:31

Descrição:

Exames Solicitados - RADIOLOGIA

RADIOGRAFIA DE MAO

Tipo

Exame

Tipo Atendimento

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Data Registro: 07/09/2020 12:02:49

Descrição:

Paciente vítima de queda de moto, apresentando contusão em punho com dor e edema + Rx evidenciando fratura.

Tipo

Evolução

Tipo Atendimento

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Data Registro: 07/09/2020 12:00:57

Descrição:

Medicamentos Recetados - Receita Básica (P)

Flancox 400Mg - Tomar 1 comp 12/12h - 1 ENVELOPE

Tipo

RECEITUÁRIO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Tipo Atendimento

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA



- - CEP -
ITAIBA - PE FONE





HOSPITAL MUNICIPAL
João Vicente

HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE
EMERGÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

Usuário: LUANNA MARIA BRANDAO DE OLIVEIRA 09/12/2020 11:07

Impressão do Prontuário

Dados do Paciente

Paciente: REJANE BATISTA DA SILVA
Sexo: Feminino Data: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 10 Meses
CNS: 703.600.039.374.436 Telefone: Celular:
Nome da Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA
Nome do Pai: ANTONIO BATISTA DA SILVA
Endereço: 1A TRAVESSA GETULIO VARGAS, 43, NEGRAS, ITAIBA - PE, 56555-000

Atendimento

Unidade: EMERGÊNCIA Telefone:
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA Data Atendimento: 07/09/2020 10:39:59 Número: 22172

Profissional

(11614) AFONSO ALVES DE MELO NETO

Data Registro: 07/09/2020 10:40:02

Descrição:

PA: 160x70, Alergias: Alérgica à didifenaco sódico e potássico., Motivo Consulta: Paciente com queixa de dor em antebraço direito.
OBS: o local citado encontra-se engessado.,



-- CEP --
ITAIBA - PE FONE





HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE
EMERGÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

07/09/2020 12:00

Requisição de Exames

1ª via / 2ª via

Dados do Paciente
Nome: REJANE BATISTA DA SILVA
CNS: 703.8000.3937.4436
Dt. Nasc.: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 7 Meses
Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA
Sector: EMERGÊNCIA

Atend.: 22172
Sexo: Feminino
Convênio: SUS
Leito:

Exames Solicitados	RADIOLOGIA	Quantidade
RADIOGRAFIA DE MAO		1

Número da Requisição: 57270

Data da Requisição: 07/09/2020

PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

CEP
 ITAIBA - PE FONE

Dr. Paulo Cezar S. Cavalcanti
 Clínica Médica
 CRM 20790



HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE
EMERGÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

07/09/2020 12:00

Requisição de Exames

1ª via / 2ª via

Dados do Paciente
Nome: REJANE BATISTA DA SILVA
CNS: 703.8000.3937.4436
Dt. Nasc.: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 7 Meses
Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA
Sector: EMERGÊNCIA

Atend.: 22172
Sexo: Feminino
Convênio: SUS
Leito:

Exames Solicitados	RADIOLOGIA	Quantidade
RADIOGRAFIA DE MAO		1

PROTÓCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO
 61 FEV 2021
 COMPREVIDA E PREVENIÊNCIA S/A

Número da Requisição: 57270

Data da Requisição: 07/09/2020

PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

CEP
 ITAIBA - PE FONE

Dr. Paulo Cezar S. Cavalcanti
 Clínica Médica
 CRM 20790





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simoa Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55298-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 1194	Data e Hora do Atendimento 22/09/2020 às 08:42:16	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPEDICA
----------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025439405 - REJANE BATISTA DA SILVA

S: 703600039374436 Nascimento: 07/02/1971 Idade: 49 anos Sexo: Feminino Cor: Parda

Estado Civil: Divorciado(a) Profissão: BIBLIOTECARIA Naturalidade: ITAIBA -PE Nacionalidade: Brasileiro

Documento: - 1738518
Filiação:
Pai:
Mãe: RISALVA BARBOSA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): TRAVESSA GERTULIO VARGA, Nº. 43 Complemento:

Bairro: NEGRAS Cidade: Itaiba UF: PE Telefone:

Acompanhante:
Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim Não

Residência: Itaiba Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico:

Diagnóstico Principal:

Outros:



História do Trauma:

Estado da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Estado de Trânsito: Sim Não Tipo:

Profissão: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro

Mecanismo de Lesão: Sim Não Local do Impacto:

Descrição de Ferimento: Sim Não Tipo: Sofreu Queda: Sim Não Altura: m

Idade da vítima: Sim Não Por: Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim Não Por que:

Exame físico:

Estado geral: Via aérea está pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: °C

Exame respiratório

Exame circulatório: PA: x mm Hg Pulso: bpm

Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Exame de Abertura Ocular: Hora: Glasgow: Resposta Verbal: Hora: Glasgow: Resposta Motora: Hora:





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.

Av. Simão Gomes, 33 - Heliópolis - Garanhuns - PE
CNPJ: 10.248.599/0001-30 | CEP 55296-250
Fone: (87) 3762-2002 - Fax: (87) 3762-2003
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Riz Jane Batista

10 sessões de

fisio. terapia

fixo - extensão do

punto B

Dr. Márcio Rodrigues
Diplomado em Fisioterapia
C.R.F. 13971 TO 9109





CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

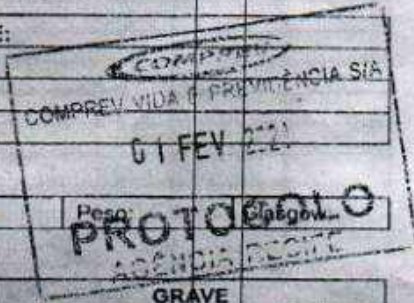
CHAMIN

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome: <u>Wilson Botelho da Silva</u>				Idade: <u>49</u>
Situação/Queixa: <u>Apresenta dor</u>				

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso: <u>Aspirina</u>			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			



PARÂMETROS

PA:	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Altura:
-----	----	----	----	-------	------	-------	---------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

<u>Consciente</u>	<u>Orientado</u>	Desorientado	Ansioso	<u>Calmo</u>
Aagitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradycardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E.	Braço D.	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdome
----------	----------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma: 9 orientado

Data: 09/12/22

Assinatura/Carimbo





SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 33626

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <u>REGANE BATISTA DA SILVA</u>				PRONTUÁRIO: <u>788840</u>			
DATA: <u>08/09/2020</u>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	IDADE: <u>49</u>	NASCIMENTO: <u>1/1</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>REDUSAF INCUENTE INT. PUNHA E</u>							

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	PA	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
						S.O.							
9	2	2	2	2	1	15 min.	82	115/71					
10	2	2	2	2	2	30 min.	80	118/77					
						60 min.							
						2h							
						3h							

RESPIRAÇÃO						CIRCULAÇÃO					
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR						2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO					
1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA						0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO					
0 CIANÓTICO						0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO					
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO				ATIVIDADE MUSCULAR				CONSCIÊNCIA			
0 SpO ₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O ₂				2 APTO MOVER 4 EXT				2 DESPERTO TOTALMENTE			
1 PRECISA RECEBER O ₂ PARA SpO ₂ > 90%				1 APTO MOVER 2 EXT				1 DESPERTO AO CHAMAR			
2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE				0 APTO MOVER 1 EXT				0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO			

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

Ent: 16:35h
Alta: 14:05h

Normando Correa Cayato Filho
ANESTESIOLOGISTA
CRM - 7418



Carimbo e assinatura:



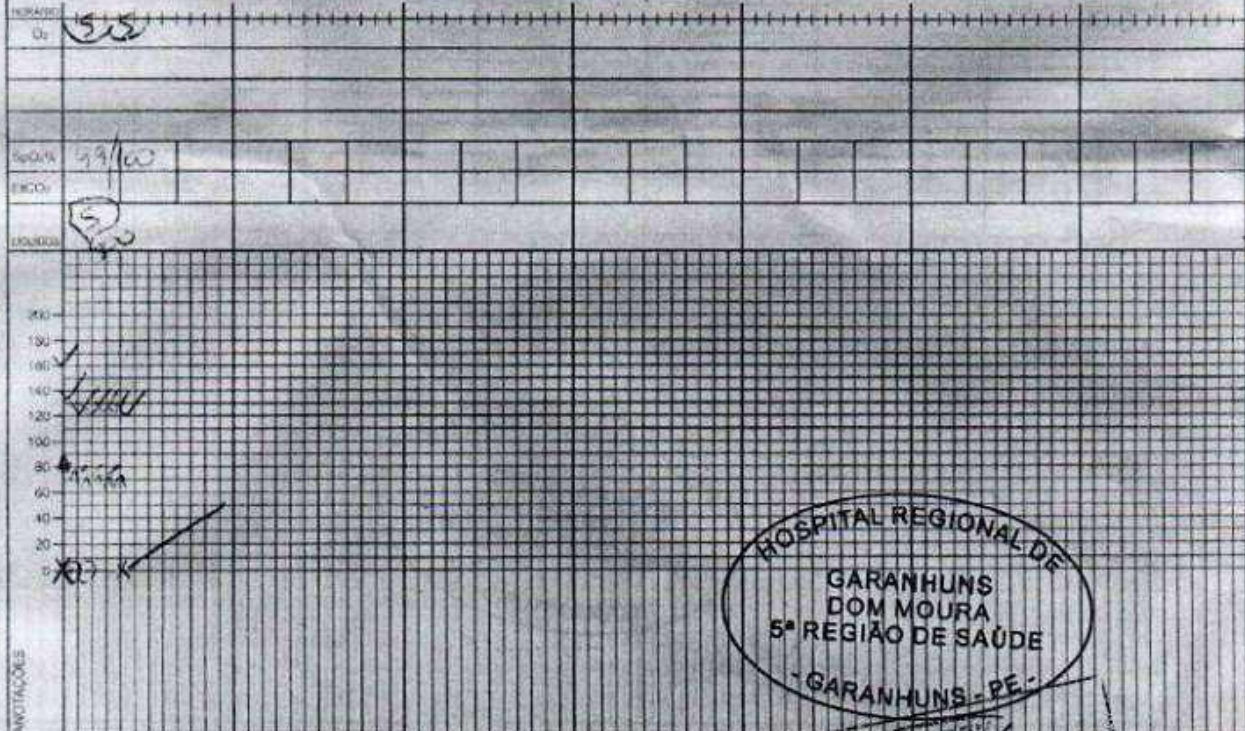


COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 22974

NOME: Regone Batista da Silva		REGISTRO: 9829-0	CATEGORIA: SLA
HOSPITAL: Dom Moura	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	IDADE: 49
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de punho esq.	PESO: 96 kg	PA: 160,90	FC: 80 BPM
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	RESPIRAÇÃO: 12 RPM		ASA: Jr
OPERAÇÃO PROPOSTA: Redução incremental	CÓDIGO CIRURGIA: _____ PORTE: _____ %: _____		
OPERAÇÃO REALIZADA: A proposta			



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TECNICA ANESTESICA: IV + I
Propofol		0,1ml	
Ropiv		2,0ml	
Suf. lin		2,0ml	
Do. omc		2,0ml	
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:			DURAÇÃO DA ANESTESIA:
<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PMI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	<input type="checkbox"/>
ENCAMINHADO		DESTINO	
<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> ADOBECIDO	<input type="checkbox"/> REA	<input type="checkbox"/> U71
<input type="checkbox"/> INTUBADO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> QUARTO

COMPREV VIDA E PREVENIÊNCIA SA
 01 FEV 22
PROTOCOLO



Dados de Identificação

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40
 Procedimento: RENÚCIO ZUCRISANTA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- | | |
|---|---|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia () Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim () Não ()
Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua () Sim (x) Não
Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim () Não
Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u>
Quem informou? (x) Paciente () Familiar
() Outro _____</p> <p>6. Doença progressa? HAS () Sim (x) Não DM () Sim
() Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: () Sim (x) Não</p> <p>8. Etilista: () Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim () Não
Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim () Não
Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: () Sim (x) Não
Especifique _____</p> <p>12. Próteses: () Sim (x) Não
Especifique _____</p> |
|---|---|

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160/90 mmHg 14. FR: 17 lpm 15. T: 36,8 °C 16. Glicemia: _____ 17. Peso: 92 kg 18. Altura: _____ cm 19. FC: 80 bpm 20. PCV: 37 %



Monitorização

20. AVF (x) Sim () Não 21. AVC () Sim () Não 22. Monitorização () Sim () Não 23. Sondagem () Sim () Não
 24. Risco de aspiração () Sim () Não 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
 27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado por intermédica
Essencialidade no R.O. e culca) a pedido

[Assinatura]
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
 6-1 FEV 2221
PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
 Simões Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
 CEP: 55298-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101



FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 988840	Data e Hora do Atendimento 08/09/2020 às 13:52:02	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPEDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025439405 - REJANE BATISTA DA SILVA
 CNS: 703600039374436 Nascimento: 07/02/1971 Idade: 49 anos Sexo: Feminino Cor: Parda
 Estado Civil: Divorciado(a) Profissão: BIBLIOTECARIA Naturalidade: ITAIBA -PE Nacionalidade: Brasileiro
 Documento: RG - 1738518 Filiação: Mãe: RISALVA BARBOSA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): TRAVESSA GERTULIO VARGA, Nº. 43 Complemento:
 Bairro: NEGRAS Cidade: Itaiba UF: PE Telefone:

Acompanhante:
 Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim Não
 Procedência: Itaiba Meio de Transporte:

Atendimento Médico:
 Data: / / Hora: Médico: Adelson CRM: Adelson Bezerra do Araujo CRM 12281
 Queixa Principal: Ortopedia/Traumatologia

HDA: E
 03
*patina de rodar dentif
 e para alisar a f*

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
 Atropelamento: Sim Não Local do Impacto:
 Vítima de Ferimento: Sim Não Tipo: Queda: Sim Não Altura: m
 Queimadura: Sim Não Por: 5ª REGIÃO DE SAÚDE
 Condições de imobilização adequada: Sim Não Por que: GARANHUNS - PE

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temperatura: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso:

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular Escora: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escora: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escora: Hora:



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL DE DESTINO: HRDM

SENHA DA REGULAÇÃO: 6016301

REJANE BATISTA DA SILVA, 49 anos. DN:07/02/1971

ENDEREÇO:Povoado Negras, Itaíba-PE

HDA:Paciente vítima de queda de moto há 2 dias, apresentando contusão em punho E, com dor e edema + Rx evidenciando fratura.

MOTIVO DA TRASFERÊNCIA: Avaliação Traumato Ortopedia

08/09/2020 - 10:21:50

Dr. Paulo Cezar S. Cavalcanti
Clínica Médica
CRM 20790

PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

-- CEP --
ITAIBA - PE FONE





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.

Av. Simão Gomes, 33 - Heliópolis - Garanhuns - PE
CNPJ: 10.248.599/0001-30 | CEP 55200-250
Fone: (87) 3782-2002 - Fax: (87) 3782-2003
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Ata no médico

a. Prática funcional
de higiene da mão

no dia 06.09.20, com
frotone no pulso e
bolsão com régua
no pulso e, estado
de alta a partir
desta data. →





Dra. Thaynan Narciso
Fisioterapeuta CREFITO 269212-F

PACIENTE:	Rejane Batista da Silva	DATA DE NASC:	07/02/1971
HD:	Fratura do Rádio E.	INICIO DE ATEND:	05/10/2020
CPF:	027.930.204-51	SERVIÇO: FISIOTERAPIA	

	DATA	FISIOTERAPEUTA		ASSINATURA PAC.
01	05/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Avaliação fisioterapêutica	Rejane Batista da Silva
02	07/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
03	09/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
04	14/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
05	16/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
06	19/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
07	21/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
08	23/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
09	27/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
10	29/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
11	30/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
12	03/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva

PROTÓTIPO DE PREVIDÊNCIA SIA
COMPREENSÃO
01 FEV 22
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



13	05/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
14	06/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
15	09/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
16	10/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
17	12/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
18	13/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
19	16/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
20	18/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
21	20/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
22	23/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
23	24/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
24	27/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
25	30/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
26	03/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
27	08/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
28	11/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
29	14/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
30	16/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
31	18/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
32	21/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva

COMPROVAÇÃO DE PRESENCIA S/A
01 FEV 2021

PROTOCOLADO
AGÊNCIA REGISTRO



33	23/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 289212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
34	25/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 289212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
35	28/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 289212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
36	30/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 289212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
37	04/03/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 289212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
38	06/03/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 289212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
39	08/03/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 289212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
40	11/03/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 289212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva


 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 01 FEV 2021
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

