



Número: **0132493-69.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA (AUTOR)	ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97066 983	19/01/2022 13:41	2851170_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros (Documento)

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 ASE: 040.058.534-04 3 - CPF da vítima: 040.058.534-04 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Montenegro de Lima

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

5 - Nome completo: Jefferson Montenegro de Lima 6 - CPF: 040.058.534-04
 7 - Profissão: Acusado 8 - Endereço: Rua Injúca, Distrito Alegre, Jaboatão dos Guararapes, PE 9 - Número: 17 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Distrito Alegre 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54070-210
 15 - E-mail: (81)9.97748990

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:
 RECLUSO 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)
 Bradesco (237) Itaú (941)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (204)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0648 CONTA: 95388 7 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 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)

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: Jaboatão PE, 11/03/2021.
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jefferson Montenegro de Lima
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 13/01/2021 10:55

Atendimento: 357704 Entrada: 06/01/2021 Hora: 15:19
Acomodação: LEITO 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: IANELE BRAGA VILELA DE MELO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 14
Permanência: 6 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898002334744133

Paciente: 14967 JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA
Nascimento: 27/08/1981 (39 Anos e 4 Meses)
Endereço: RUA IPOJUCA
Bairro: VISTA ALEGRE C.E.P.: 54070-210
Cidade: 2607901 JABOATAO DOS GUARARAPES
Pai: JAIR ABSALAO DE LIMA
Mãe: ELISABETE MONTINEGRO DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 04005853404
Identidade: 6144240 - SSP - PE
Telefone: / 984487422
G. Instrução:
Ocupação: AUX DE PRODUÇÃO
Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. IANELE BRAGA VILELA DE MELO COSTA CRM 22498)

Queixa do paciente:

PACIENTE REGULADO DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO (TRAUMA DIA20/12/2020 "FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO"). NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES.

Exame físico:

PRESENÇA DE EDEMA LOCAL, SEM FLICTENAS. PRESENÇA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO EM FACE ANTERO-MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO E PRESENÇA DE SUTURA EM FACE POSTERO-LATERAL DE TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA.

Hipótese diagnóstica:

FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRURGICO	
02 - MANTER TALA BOTA	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materials Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) **COMANDA:**

Hospital Memorial Armindo Moura
S.A.N.
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3545-2013
Av. Cleto Campesinato, N.º 1000

Página 1 de 1





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafael Roberto Mompoleira dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046 710 344 / 50, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jefferson Montenegro de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.058.534 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da vítima Jefferson Montenegro de Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.058.534 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua João Curiano</u>	Número: <u>772</u>	Complemento:
Bairro: <u>Marinês de São José</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>55012-190</u>		Tel. (DDD): <u>(81)997748990</u>

Local e Data: Caruaru/PE, 11/03/2021.

Yves
Assinatura do Declarante

DL0RL001 V001/2017

Digitalizado com CamScanner



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: 26/04/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000095388-7

Nr. da Autenticação 3640F64BC96F579F



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210089528 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P5 6 7
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA
RG: 6144240 CPF: 042.058.534-04
Endereço: RUA IPOJUCA N° 57 VISTA ALEGRE
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE.

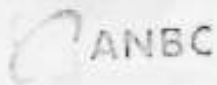
Outorgado: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS RG: 6656040,
CPF: 046.710.344-50, Endereço: Rua João Cursino, N° 772, Maurício de Nassau,
Caruaru-PE.

Nomeio meu bastante procurador os outorgados acima citado com poderes específicos podendo assim: solicitar, requerer e receber documentações resolver todas as questões administrativas, junto a Hospitais, UPA, delegacias, referente ao SEGURO DPVAT.

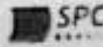
JABOATÃO DOS GUARARAPES, 01.02.2021
(local e data)


Assinatura do Outorgante





BoaVista Q



JEFFERSON MONTNEIRO DE LIMA
R. POLÍCIA 17
VISTA ALEGRE
JARDIM DOS GUARARAPES - PE
54070-210

Informações do Cliente

Nome	Jefferson Montneiro de Lima
CPF	000.000.000-00
Endereço	R. Polícia 17, Jardim dos Guararapes, PE 54070-210
Cidade	Recife - PE
Estado	PE



Bem-vindo ao
Cadastro Positivo!



Emissão: 13/01/2021 10:59

Atendimento: 357704 Entrada: 06/01/2021 Hora: 15:19
Acomodação: LEITO 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: IANELE BRAGA VILELA DE MELO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 14
Permanência: 6 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898002334744133

Paciente: 14987 JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA
Nascimento: 27/08/1981 (39 Anos e 4 Meses)
Endereço: RUA IPOJUCA
Bairro: VISTA ALEGRE C.E.P.: 54070-210
Cidade: 2607901 JABOATAO DOS GUARARAPES
Pa: JAIR ABSALAO DE LIMA
Mãe: ELISABETE MONTINEGRO DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 04005853404
Identidade: 8144240 - SSP - PE
Telefone: / 984487422
G.Instrução:
Ocupação: AUX DE PRODUÇÃO
Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

Queixa do paciente:

PACIENTE REFERINDO ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 3H, APRESENTANDO DOR, EDEMA E FERIMENTO EM TORNOZELO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA TCE, SÍNCOPE E VÔMITOS.
NEGA HAS, DM E ALERGIAS
NEGA VACINAÇÃO PARA TÉTANO

Exame físico:

EDEMA ++/4+ + FERIMENTO PUNTIFORME E FACE LATERAL DE PERNA ESQUERDA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checagem
01 - RX	
02 - TALA BOTA	
03 - CEFALOTINA 2G + TRAMAL 100MG	
04 - SOLICITO TRANSFERÊNCIA	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAM...
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 35-5-2013
Av. Cleto Campes, C.N.M. 1100-PE

Página 1 de 1



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	3- CNES 426	2- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA	6- Nº DO PROFIUÁRIO 514388	7- (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO 27/08/1981
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE ELIZABETE MONTENEGRO DOS SANTOS	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 87693020 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA IPOJUCA, N.º 57 - I N;57 BAIRRO: VISTA ALEGRE - CIDADE: JABOATÃO DOS GUARARAPES - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURA DO MALEOLO LATERAL - S826	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-----------------------	------------------------------

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
26- CLÍNICA ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARATER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA	LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL O.1014/2017 - RJ - CRM/ORTOP CREME 0128 - TEOT 0112
28- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: Nº.9028	58647341449	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 20/12/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38- SÉRIE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA	41- CBOR
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA			
<input type="radio"/> EMPREGADO	<input type="radio"/> EMPREGADOR	<input type="radio"/> AUTÔNOMO	<input type="radio"/> DESEMPREGADO
<input type="radio"/> APOSENTADO	<input type="radio"/> NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47- DATA DA AUTORIZAÇÃO	48- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44- CÓD ORGAO EMISSOR			
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CNP) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			





Admissão: 357704

Nome: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA (14967)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Leito: LEITO 04

Enfermaria:

Data: / /

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: S827

QUIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 06/01/2021, sendo submetido a tratamento ortopédico em 12/01/2021. ALTA MÉDICA DIA 13/01/21

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JOÃO PAULO ROMEIRO

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2- DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - RETORNAR DIA 26/01/21 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;

4 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Atório Emitido Eletronicamente
Data: 12/01/2021 as 16:09

Dr. (a)
CRM:

Dr. João Paulo Romeiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 5262

Página



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 13/01/2021 10:55

Atendimento: 357704 Entrada: 06/01/2021 Hora: 15:19
Acomodação: LEITO 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: IANELE BRAGA VILELA DE MELO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 14
Permanência: 6 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898002334744133

Paciente: 14967 JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA
Nascimento: 27/08/1981 (39 Anos e 4 Meses)
Endereço: RUA IPOJUCA
Bairro: VISTA ALEGRE C.E.P.: 54070-210
Cidade: 2607901 JABOATAO DOS GUARARAPES
Pai: JAIR ABSALAO DE LIMA
Mãe: ELISABETE MONTINEGRO DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 04005853404
Identidade: 6144240 - SSP - PE
Telefone: / 984487422
G. Instrução:
Ocupação: AUX DE PRODUÇÃO
Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. IANELE BRAGA VILELA DE MELO COSTA CRM 22498)

Queixa do paciente:

PACIENTE REGULADO DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO (TRAUMA DIA20/12/2020 "FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO"). NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES.

Exame físico:

PRESENÇA DE EDEMA LOCAL, SEM FLICTENAS. PRESENÇA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO EM FACE ANTERO-MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO E PRESENÇA DE SUTURA EM FACE POSTERO-LATERAL DE TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA.

Hipótese diagnóstica:

FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRURGICO	
02 - MANTER TALA BOTA	
03 -	
04 -	

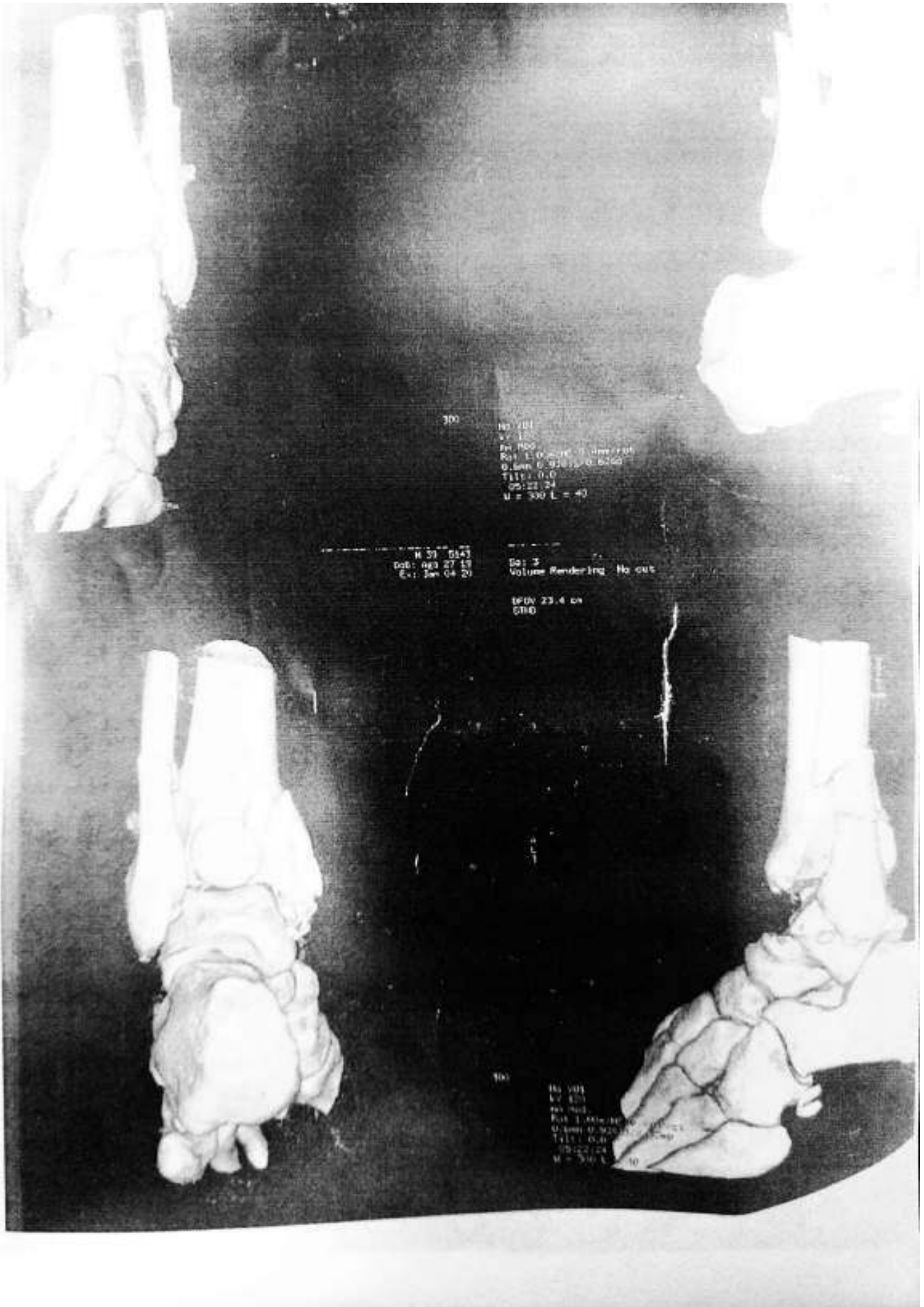
Reavaliação:

Materials Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) **COMANDA:**

Hospital Memorial Armindo Moura
S.A.N.
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3545-2013
Av. Cleto Campesinato, N.º 1000

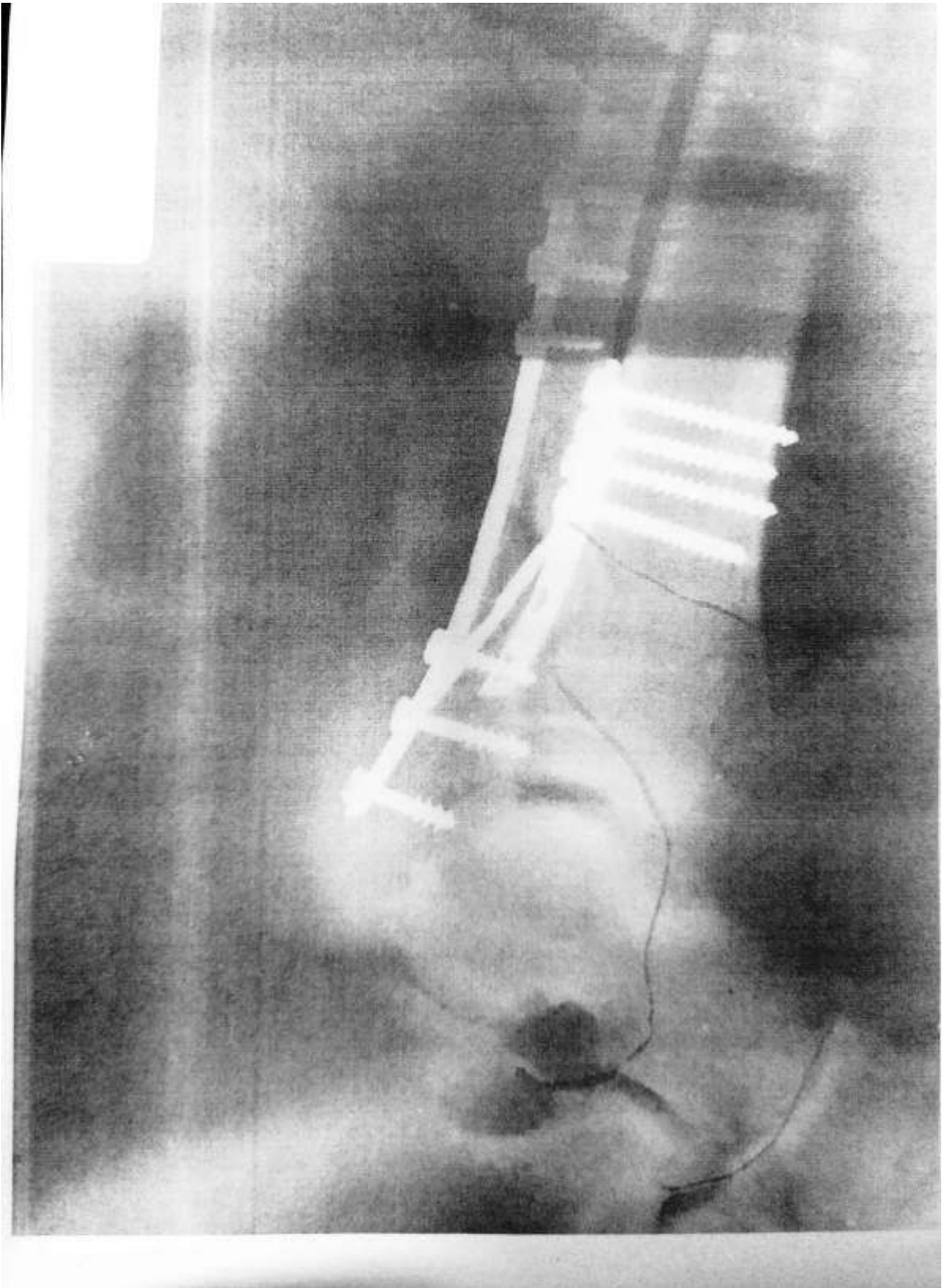
Página 1 de 1





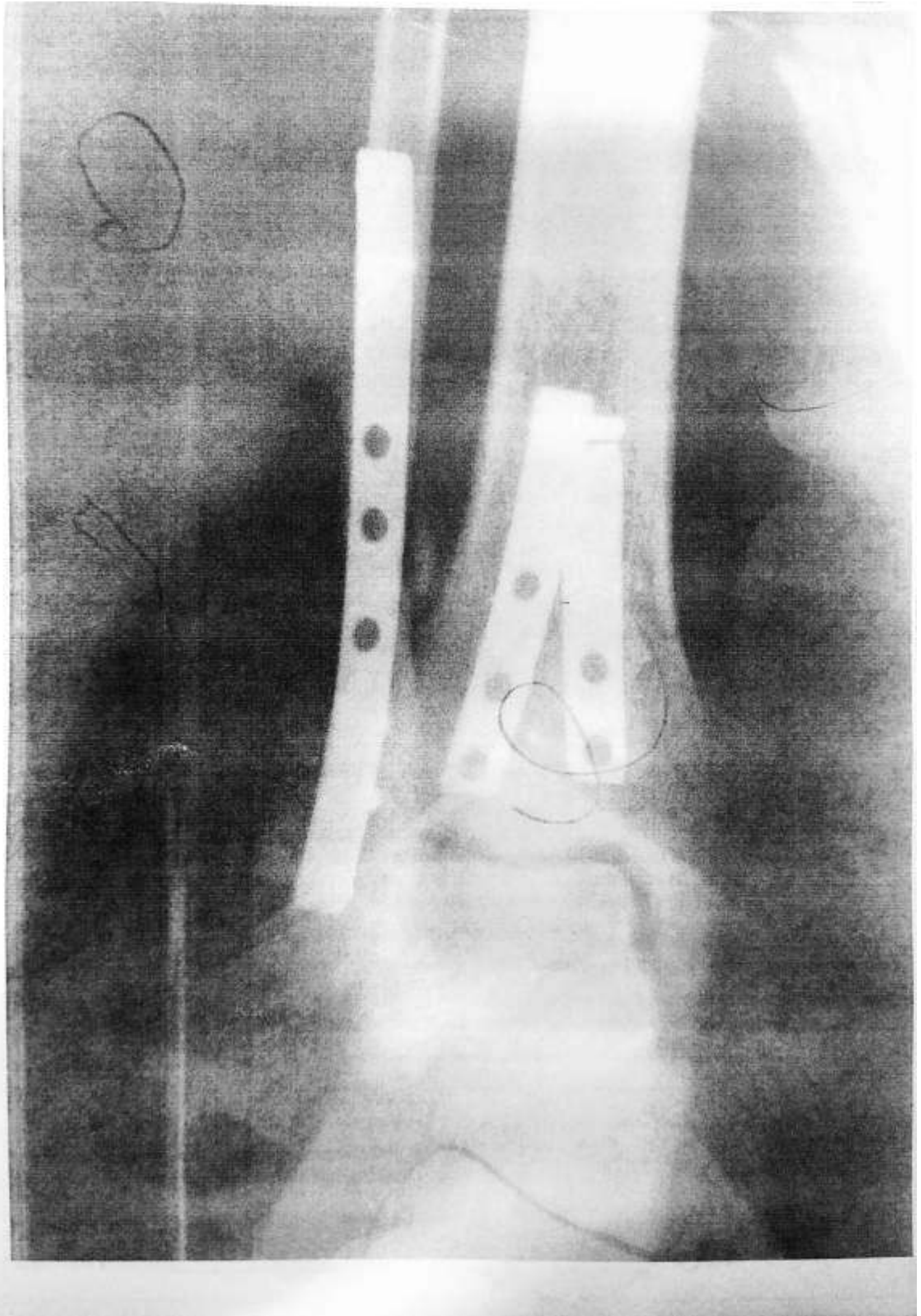
Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 20/12/2020 | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20/12/2020

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Jefferson Montenegro de Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:
Fratura exposta de tíbia distal
+ molécula lateral esquelética.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):
1º cirurgia - limpeza cirúrgica + redução
cabeça + imobilização com gesso
2º cirurgia - redução cabeça + osteo
síntese placa + parafusos fratura
de tíbia distal e molécula
lateral ESQ.

ALTA MÉDICA? SIM () NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM NÃO

CASOS DADOS POSITIVOS DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:
() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
 A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Membro Inferior Esquerdo ± 70%
2º TUBEROSIDADE FÊMURAL NICE
3º Art. COX ANTERIOR TUB. ESQ.
4º
5º

AFIRMO QUE ASSITI E/OU AVALIEI A VÍTIMA DO PERÍODO DE 10/03/2021 A 10/03/2021 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAMENTE VERDADEIRAS.

LOCAL: Campina, DATA: 10/03/2021

ASSINATURA E CARIMBO: João Ricardo P. Parruci
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 1142



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3210089528](#)

Nome do(a) Examinado(a): [JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Ipojuca, 17, , Jaboatão dos Guararapes/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP-PE / 6144240](#)

Data e local do acidente: [20/12/2020 - Jaboatão dos Guararapes/PE](#)

Data e local do exame: [15/04/2021 - Recife/PE](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[Fratura da tíbia e fíbula esquerdas. Fratura exposta do maléolo lateral esquerdo. Ferimento puntiforme em face lateral da perna esquerda.](#)

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

[tratamento com placas e parafusos, fez fisioterapia, alta em 10/03/2021.](#)

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

[Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 0°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

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

[limitação medio de membro inferior esquerdo, com bloqueio de tornozelo, claudicação da marcha.](#)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).



b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

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



LEONARDO RAYER
Médico
CRM/MS 17748



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210089528 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia e fíbula esquerdas. Fratura exposta do maléolo lateral esquerdo. Ferimento puntiforme em face lateral da perna esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 0°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Submetido inicialmente a tratamento conservador com imobilização, sendo posteriormente realizado procedimento cirúrgico com uso de placas e parafusos, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Realizada fisioterapia, alta em 10/03/2021.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/04/2021

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210089528 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia e fíbula esquerdas. Fratura exposta do maléolo lateral esquerdo. Ferimento puntiforme em face lateral da perna esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 0°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Submetido inicialmente a tratamento conservador com imobilização, sendo posteriormente realizado procedimento cirúrgico com uso de placas e parafusos, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Realizada fisioterapia, alta em 10/03/2021.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/04/2021

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210089528 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P5 6 7
""@8"" X PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076448/21

Vítima: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

CPF: 040.058.534-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/12/2020

Titular do CPF: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS : 046.710.344-50

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

JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA : 040.058.534-04

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: 15/03/2021
Nome: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 046.710.344-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2021
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Steffany Carolyn Lins Veloso





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 ASE: 040.058.534-04 3 - CPF da vítima: 040.058.534-04 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Montenegro de Lima

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

5 - Nome completo: Jefferson Montenegro de Lima 6 - CPF: 040.058.534-04

7 - Profissão: Acusado 8 - Endereço: Rua Injúca 9 - Número: 17 10 - Complemento:

11 - Bairro: Pista Alque 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54070-210

15 - E-mail: (81)9.97748990 16 - Tel.(DDD): (81)9.97748990

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: RECLUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 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 (941) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 95388 7 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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
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) _____

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: Jaboatão PE, 11/03/2021.
Jefferson M. de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



BRASIL REPÚBLICA DE
 PAPAI ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS
 DOC. IDENTIFIC. COND. EMISSOR: UF
 4836040 SSP PE
 CPF: 046.710.344-80 DATA NASCIMENTO: 27/12/1985
 CLAUDIO ROBERTO DOS SA
 NTOS
 TANTA LUCIA MANGABEIRA
 VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1482973568
 01792926200
 17/08/2022
 17/05/2001
 OBSERVAÇÕES
 LOCAL: CARUARU, PE DATA EMISSÃO: 04/04/2017
 1482973568
 91463660511
 92077517394
 PERNAMBUCO

CALESIUM SECURUS
 15/08/2022



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6144240 SSP PE

CPF
040.058.534-04

DATA NASCIMENTO
27/08/1981

FILIAÇÃO
JAIR ABSALAO DE LIMA
ELIZABETE MONTINEGRO D
OS SANTOS

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02653925129

VALIDADE
17/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
13/12/2002

OBSERVAÇÕES

Jefferson de Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE

DATA EMISSÃO
17/10/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

43562460888
PE081988931

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1487238226

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487238226





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, 06 de Abril de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210089528 **Vítima:** JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

Data do Acidente: 20/12/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01153/01154 - carta_02 - INVALIDEZ

00030577



Carta nº 16733585





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, 30 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210089528

Vítima: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000648

Conta: 0000095388-7

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES - DP20ªCIRC
DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E0110000261

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2021** às **15:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **20/12/2020** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **LOTEAMENTO 92, 1, ENGENHO MACUJE - Bairro: MARCOS FREIRE - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 54360-065**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
REGINALDO ELIAS DE SANTANA (OUTRO)
JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA**

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

JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELIZABETE MONTINEGRO DOS SANTOS Pai: JAIR ABSALAO DE LIMA Data de Nascimento: 27/8/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6144240/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: 984487422

Endereço Residencial: **BAIRRO DE VISTA ALEGRE (BAIRRO), 57, RUA IPOJUCA - CEP: 55000-000 - Bairro: VISTA ALEGRE - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

REGINALDO ELIAS DE SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO BRASIL

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): REGINALDO ELIAS DE SANTANA, que estava em posse do(a) Sr(a): JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

file:///C:/Users/SDS/.infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.html

Exportado em PDF por: (Nome do usuário)

Digitalizado com CamScanner



26/01/2021

Boletim de Ocorrência

Placa: **PDM6124** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **114823456** Chassi: **9C2KD1000JR114777**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA DE PLACA PDM6124**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(s): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **XXXXXXX** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **XXXXXX** Chassi: **XXXXXXXXXX**
Descrição: **MOTOCICLETA DE PLACA NAO ANOTADA QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO**

Complemento / Observação

INFORMA O NOTICIANTE QUE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA QUANDO UMA OUTRA PESSOA PILOTANDO OUTRA MOTOCICLETA SAIU DE SUA MAO E BATEU NO MESMO, FUGINDO EM SEGUIDA. INFORMA QUE DEPOIS DA COLISAO O MESMO CAIU E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA NA CIDADE MORENO. SOCORRIDO POR PARTICULAR E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, SOFREU FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO ESQUERDO E OUTRAS ESCORIAÇÕES COMO COMPROVA O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE DO HOSPITAL ARMINDO MOURA QUE SEGUE EM ANEXO.

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

Jefferson M. Lima

JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADEMILSON BARROS DE SANTANA** - Matrícula: **319838-3**
(Liberado em **26/01/2021** às **16:01**)

file:///C:/Users/SDS/infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.html

Digitalizado com CamScanner

