



Número: **0019449-04.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2023**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
130445888	13/04/2023 09:23	2882113_CONTESTACAO_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO A

PROCESSO: 00194490420238172001

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

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 **RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA**, 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 **28/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **25/10/2019**.

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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.



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

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, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO MÉRITO

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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.”

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO MÉRITO

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DO MÉRITO

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 - Centro - RJ - Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



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

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 Súmula 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 do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro - CEP:20021-290 – RJ – Rio de Janeiro 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, 11 de abril de 2023.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/04/2023 09:23:02
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041309230238500000127437295>
Número do documento: 23041309230238500000127437295

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 cursam 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE 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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA**, em curso perante a **12ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00194490420238172001.

Rio de Janeiro, 11 de abril de 2023.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

12345

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

⁵ art.

1º

(...)

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

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 - Centro - RJ - Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/04/2023 09:23:02
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041309230238500000127437295>
Número do documento: 23041309230238500000127437295



Número: **0019449-04.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2023**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
130445889	13/04/2023 09:23	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716207

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARGARETH MARIA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15292097





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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716207

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARGARETH MARIA DOS SANTOS

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. 00259/00260 - carta_02 - INVALIDEZ

00030130



Carta nº 15301466





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716207

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MARGARETH MARIA DOS SANTOS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01547/01548 - carta_07 - INVALIDEZ

00060774



Carta nº 15323595





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, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200249973

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARGARETH MARIA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15947702





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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200249973

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARGARETH MARIA DOS SANTOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARGARETH MARIA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 0000013023-3

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. 00795/00796 - carta_30 - INVALIDEZ

00020398





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

DADOS 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)

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

AGÊNCIA: 3017 018 CONTA: 00013023 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ 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 nascturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLINDA, 08 DE DEZEMBRO DE 2019

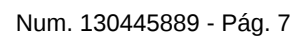
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

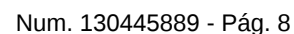
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PS.001 V002/2019

Abb. 1: Auswertung der Frageurteile (in Prozent)



075 007 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0127007624**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/10/2019** às **17:44**

Complementa o BO Número: **19E0127007623**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2019** às **22:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTA MONICA (BAIRRO), 1, RUA ACARAXI, PROXIMO A ESCOLA ESTRELA DE ISRAEL** - Bairro: **SANTA MONICA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

WILLIANS (AUTOR \ AGENTE)
MARGARETH MARIA DOS SANTOS (NOTICIANTE)
ROBERTO VIEIRA DA COSTA (OUTRO)
RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WILLIANS

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

WILLIANS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 1, ALTO SANTO ANTONIO - CEP: 55000-000 - Bairro: TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARGARETH MARIA DOS SANTOS** Pai: **ISMA ESPEDITO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **14/3/2003** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 85, QUARTA TRAVESSA SANTO ANTONIO - CEP: 55000-000 - Bairro: TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROBERTO VIEIRA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA TREZE DE MAIO, 585 - CEP: 55000-000 - Bairro: TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**



MARGARETH MARIA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DAS NEVES DOS SANTOS Pai: **MOISES ANTONIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **6/5/1970** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 85, QUARTA TRAVESSA SANTO ANTONIO - CEP: 55000-000 - Bairro: TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

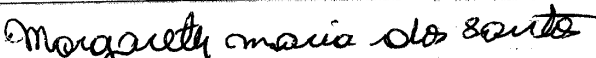
VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILLIANS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJY6531** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **914369580** Chassi: **9BGSN19907B243908**

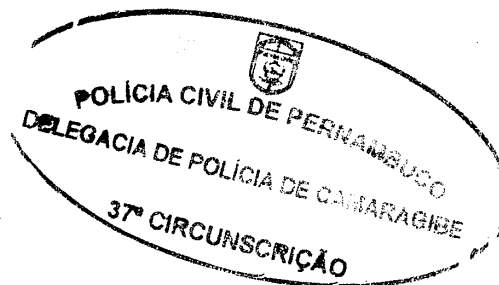
Complemento / Observação

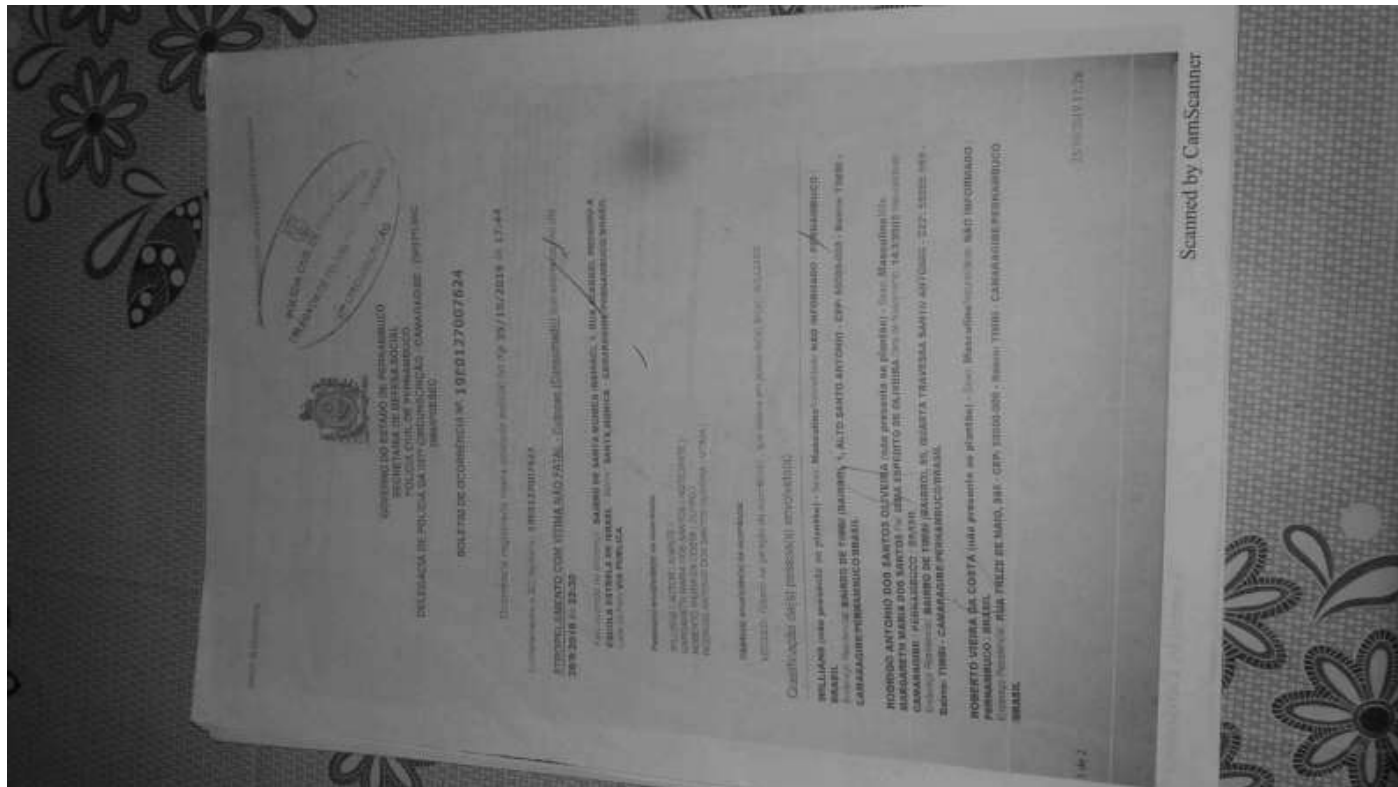
INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA NA RUA CONVERSANDO COM ALGUNS AMIGOS, QUANDO ESCUTOU UM SOM DE FREADA, AO VIRAR-SE PARA VER O QUE ERA, FOI ATINGIDO PELO VEICULO SUPRA CITADO. O MESMO FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DOS BOMBEIROS, SENDO TRANSPORTADO PARA A UPA DA CAXANGA, TENDO PRONTUARIO 480710 E NUMERO DE ATENDIMENTO 1350534. A VITIMA CHEGOU NA UNIDADE COM DOR EM TORNOZELO DIREITO. O RX ACUSOU FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAL. O MESMO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, TENDO NESTA UNIDADE O PRONTUARIO 1132469, ONDE RECEBEU GESSO COXO-PODALICO.

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


MARGARETH MARIA DOS SANTOS
(NOTICIANTE)


B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

DADOS 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)

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

AGÊNCIA: 3017 018 CONTA: 00013023 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ 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 nascturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLINDA, 08 DE DEZEMBRO DE 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PS.001 V002/2019



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAM SUPLEN 141/21

Esta declaração é preenchida pelo representante legal da vítima ou pelo representante legal do autor da infração, conforme o caso, e deve ser assinada e rubricada pelo representante legal da vítima ou pelo representante legal do autor da infração, conforme o caso, e deve ser assinada e rubricada pelo representante legal da vítima ou pelo representante legal do autor da infração, conforme o caso.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Casos com vítima entre 16 e 17 anos: - Neste caso, a representação legal é obrigatória para que seja assinada pelo representante legal da vítima ou pelo representante legal do autor da infração, conforme o caso, e deve ser assinada e rubricada pelo representante legal da vítima ou pelo representante legal do autor da infração, conforme o caso.

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: RAFAEL ALVARO DOS SANTOS

CPF do Representante Legal: 018.167.929-93

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Local e Data: Salvador, 14 de Junho de 2020

Assinatura: [Assinatura]

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 3 - Assinatura do Ministério Público

RE 00020017



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001137 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). MARGARETH MARIA DOS SANTOS, 49 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG nº 3841688 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 818.760.924-91, residente à 4 TRAVESSA SANTO ANTONIO, nº 85, , TIMBI, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/09/2019, por volta das 22:54 hs, no endereço: RUA ACARAXI, S/N, SANTA MÔNICA CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL CLASSIC PRETA KJY6531-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 150.750.234-60 e Registro Geral ° 8834367, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710088-4 MENDES. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1350534. Ficou aos cuidados do médico DALMY PINHEIRO, registro 23456. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 22/10/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001137

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

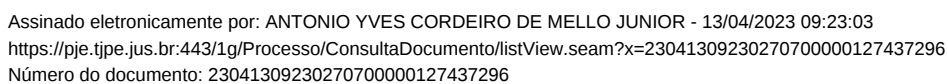


© 1997 John Wiley & Sons, Inc.

Correspondence: Dr. M. S. P. M. Jansen, MD, PhD, Department of Internal Medicine, University Hospital Groningen, P.O. Box 30.001, 3000 RB Groningen, The Netherlands. E-mail: m.s.p.m.jansen@azg.umcg.nl

© 2010 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 267: 233–241

Scanned by CamScanner



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/07/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320024997301
VALOR TOTAL:	843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARGARETH MARIA DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03017
CONTA: 000000013023

Número da Autenticação

43B09FD6ABE248E6



CELPECompanhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br**DADOS DO CLIENTE**

MARGARETH MARIA DOS SANTOS

CPF: 818.760.924-91 NIS: 12455305793

CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

TV 4 STO ANTONIO 85

TIMBI/CAMARAGIBE
CAMARAGIBE PE
54762-497

085854404 UNICA 21/11/2019

21/11/2019 2000391583 879571

0858163030 11/2019

0858163030 23/12/2019

8,59

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,18327691	5,79
7,0000000	0,33133186	2,31
		0,05
		0,44

TOTAL DA FATURA

8,59

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
55422	CAT	22/10/2019	1.137,00	21/11/2019	1.174,00	30	1,00000		37,00

Mês/ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	%
NOV 19 37				Transmissão	R\$ 0,42	4,83%
OUT 19 53				Distribuição (Celpe)	R\$ 2,53	29,45%
SET 19 43				Perdas de Energia	R\$ 0,80	9,31%
AGO 19 43				Encargos Setoriais	R\$ 0,25	2,91%
JUL 19 47				Tributos	R\$ 0,43	5,01%
JUN 19 40				Total	R\$ 8,59	100%
MAI 19 40						
ABR 19 38						
MAR 19 31						
FEV 19 30						
JAN 19 30						
DEZ 18 30						
NOV 18 30						

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18327691
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,31420200

BCC9 683A C1E3 9ABE 19A3 9BA8 8CBA 3CC8

Pague no ponto mais perto de você através de souze, e encine-lapenda R20 nã sra de luz / comércio 3r: rua encine-lapenda rosas
sobreira da luz. Lista completa em www.celpe.com.br. No dia da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em
www.anel.gov.br. O cliente é compensado quando há variação no consumo individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagos em atraso geram multa 2% (Resolução ANEEL), juros 1% a.m. (Lei 10.458/02) e atualização monetária no pró. mês de vencimento.
conforme art. 5, II, VIII, e 2.2.2, do RDCS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº
10.430 de 26/04/02 - R\$ 14,13. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de faturamento para os padrões de atendimento
comercial.



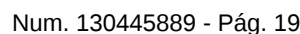
CONJUNTO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
CAMARAGIBE	APURADO	SEMANAL	TRIMESTRAL	ANUAL	NOMINAL (V)	MÍNIMO MÁXIMO
DIC	0,00	5,18	10,38	20,77	220	202 231
FEV	0,00	3,23	6,47	12,96		
DJNC	0,00	2,84	0,00	0,00		

Limite DCR: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 4,00

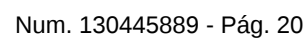
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0858163030	11/2019	26/11/2019	8,59



1277-8878 6/18



TEL 8878 6 (18)





Nome: 480710-RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA
Idade: 16a 7m 1d Nascimento: 14/03/2003
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985392879
Mãe: MARGARETH MARIA DOS SANTOS
Endereço: 4 TRAVESSA SANTO ANTONIO/ARREIRO,
85 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE - CEP:
50980580

Data do Atendimento: 28/09/2019
Prontuário: 00480710
Nº Atendimento: 01350534
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO HA CERCA DE 1 HORA APRESENTANDO DOR EM TORNOZELO DIREITO. SEM SINAIS DE TCE. NEGA DOR CERVICAL E OU BACIA.

EXAME FÍSICO:

DOR EDEMA EM TORNOZELO DIREITO
SEM DOR A PALPAÇÃO CERVICAL E OU BACIA
RX: FRATURA TÍBIA E FÍBULA DISTAL

DIAGNÓSTICO:

FRATURA?

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 480710-RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA Idade: 16a 7m 1d Nascimento: 14/03/2003
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985392879
Mãe: MARGARETH MARIA DOS SANTOS Endereço: 4 TRAVESSA SANTO ANTONIO/ARREIRO , 85 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 28/09/2019

Prontuário: 00480710

Nº Atendimento: 01350534

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

Conduta:

SOLICITO RX
TALA + ANALGESIA
TRANSFERENCIA VIA CENTRAL DE LEITOS

DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609





Nome: 480710-RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA Idade: 16a 7m 1d Nascimento: 14/03/2003
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985392879
Mãe: MARGARETH MARIA DOS SANTOS Endereço: 4 TRAVESSA SANTO ANTONIO/ARREIRO, 85 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 28/09/2019
Prontuário: 00480710
Nº Atendimento: 01350534
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: DOMINGO, 29 DE SETEMBRO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: GETULIO VARGAS

SENHA: 5781891

QP:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO DOR E EDEMA TORNOZELO DIREITO. SEM SINAIS DE TCE.

EVOLUÇÃO:

AO EXAME: DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO + ADM LIMITADA

RX: FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAL

MÉDICO: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 480710-RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA Idade: 16a 7m 1d Nascimento: 14/03/2003
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985392879
Mãe: MARGARETH MARIA DOS SANTOS Endereço: 4 TRAVESSA SANTO ANTONIO/ARREIRO, 85 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 28/09/2019
Prontuário: 00480710
Nº Atendimento: 01350534
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAL

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

ANALGESIA + IMOBILIZAÇÃO
TRANFERENCIA VIA CENTRAL DE LEITOS

MÉDICO: DALMY SOUSA CRM: Nº 23456

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609

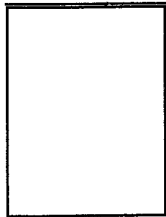


UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-09-28 23:34:42

	Nome Paciente:	RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA
	Cód. Paciente:	480710
	Data de Nascimento:	14/03/2003
	Sexo:	Masculino
	Idade:	16
	Senha:	CG0188
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1350534 

SAME:

Período: 2019-09-28 23:34:42 - 2019-09-28 23:38:51

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS APÓS ATROPELAMENTO COM DORES EM MID. OCORRENCIA (1298937)

Observação: HAS-
DM-
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MM/HG

Acolhido(a) por: RENUZA RECYLLE RAMOS DA ROCHA - COREN: 548344 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-10-14 11:52:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

1. Ocorrência da Emergência: 775943

1.1 - Atendimentos em: 29/09/19

1.2 - Às 11 horas e 13 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1132469

2.1 – Internado em: 29/09/19

2.2 - Alta em: 29/09/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

4. Tratamento: REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM GESSO.

5. Observação: ATROPELAMENTO.

DATA: 12.11.2019

HORA: 10:53:36

PASTA: 01.11.2019

TB

RS

Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buril.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Prontuário: 01132469

Data de Nascimento: 14/03/2003

Idade: 16a 6m 27d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

S82.3

Feito o Exame de RADIOGRAFIA + EXAME CLÍNICO + HISTÓRIA

Observação:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, CURSOU COM FRATURA FECHADA DE TÍBIA DIREITA. DADO COMO TRATAMENTO CONSERVADOR, ATUALMENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. EM USO DE GESSO COXO-PODÁLICO, QUEIXA-SE DE DORES E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR DEVENDO FICAR AFASTADO DE ATIVIDADES

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE: 77709

Recife, 09 DE OUTUBRO DE 2019

JOSE VICTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: Nº. 27709

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

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

☐	IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
☐	CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
☐	COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
☐	DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
☐	PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
☐	DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
☐	HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
☐	ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)
☐	OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
☐	SEDAÇÃO/ANESTESIA
☐	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
☐	URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
☐	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
☒	PACIENTE CIRÚRGICO

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

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA ☒ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM ☐ NÃO ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

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

ENFERMEIRA/COREN: _____

[Assinatura]
Dra. Welington do Carmo Melo
Enfermeira
COREN-PE 267.273

Avenida General San Martín s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-060
Fone: 0XX(81)31845600

HGV.1028.V.1.2013.



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 29/09/2019 11:00

Nome Paciente: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/03/2003
Sexo: Masculino
Idade: 16
Senha: E0012
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 29/09/2019 11:01 - 29/09/2019 11:02

WALKYRIA DO CARMO MELO - COREN: 287273 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, RALATA DOR E EDEMA EM TORNOZELO D.NEGRÃO, HAS E ALERGIAS.

Observação: SENHA 5781891

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: WALKYRIA DO CARMO MELO - COREN: 287273 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/09/2019 11:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**

E: Abdômen	
Diagnóstico Inicial: FRATURA OSSOS PERNA	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames: RA COM FRATURA PERNA E DEVI- ANTERO-LATERAL	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos: INTERVENÇÃO	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	
☒ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Ineficaz ☐ Óbito ☐ Piorado	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☒ Transferência ☐ Exigido de Caso ☐ Exames Externos ☐	Assist. Social
Observações:	
Médico: _____ CRM/CRO: _____ Data: _____ Hora: _____	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários. Data: _____ Nome completo legível: _____ Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir. Data: _____ Nome completo legível: _____ Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____	
Cadastramento: 29/09/2019 11:13 h RAULITACBS Impressão: 29/09/2019 11:13 h RAULITACBS	

29/09/2019
11:00

#508

Doente com fratura de tibia distal direita.
Pulso radial e mediano com boa vascularização.
Rx controla evidenciando boa redução.
R? (D) M.D. + Arco. tto. analgésico

Silvio Brandão Conte
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 75186



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGENCIA

ATENDIMENTO: 775943

Prontuário: 1132469

Nome: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data Nasc.: 14/03/2003

Idade: 16

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 8834387

CNS: 703101695364390

Endereço: RUA PROFESSOR CLAUDIO SELVA

Bairro: DOIS IRMAOS

Cidade: RECIFE

Nº: 203

Estado: PE

CEP: 52171260

Fone: 79160935

Profissão:

Nome da Mãe: MARGARETE MARIA DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA CAXANGA

Clinica: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5781891 ACIDENTE DE TRANSITO ATROPELAMENTO REFERE DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Queixa Principal / HDA:

TRAVAR CONTUSO NA PERNA DIR. NA OI DO
(ATROPELAMENTO)

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

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

EM USO DE TALA - BOM

A: Geral

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

EM

B: Respiratório

EUPNEICO

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

NORMOTENSÃO

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

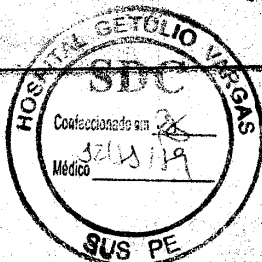
Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

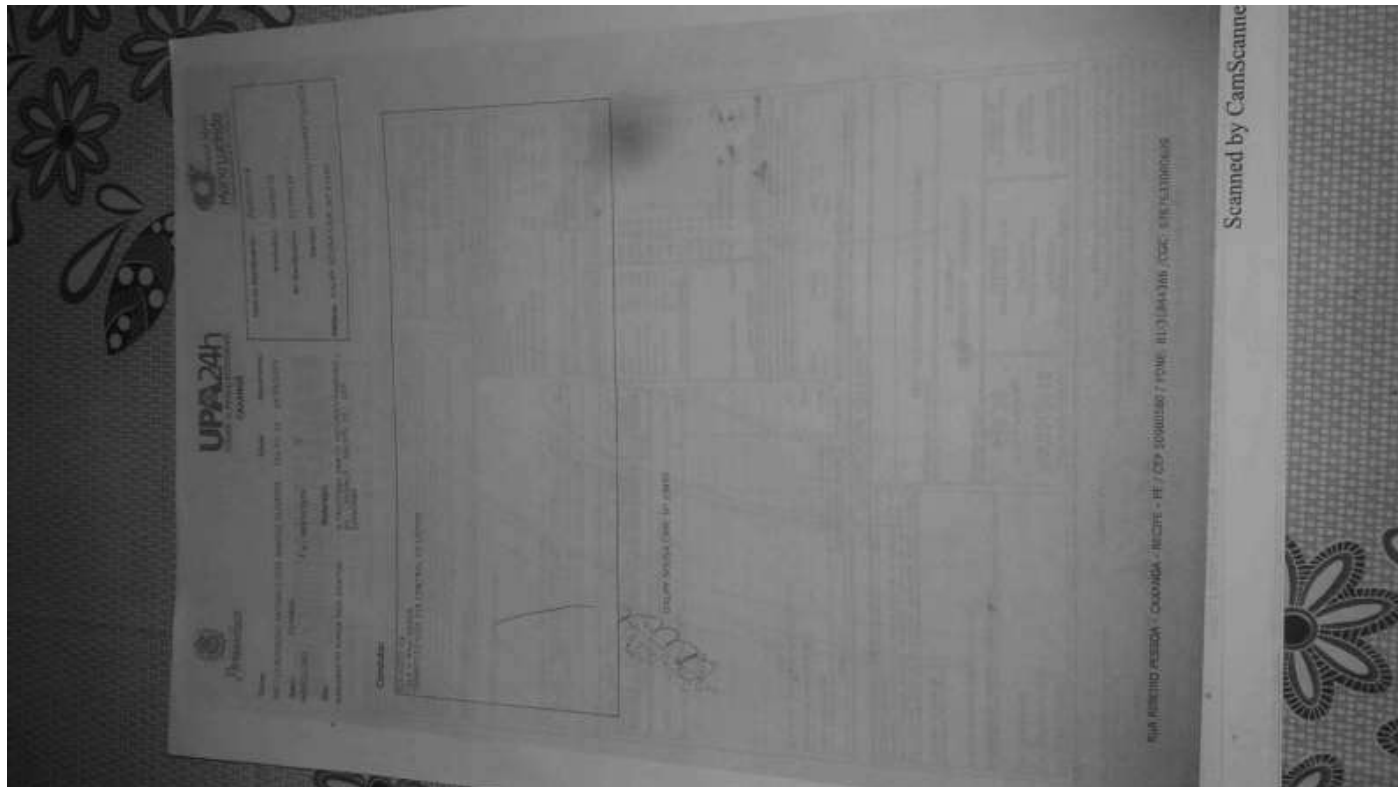
Escore: Hora:

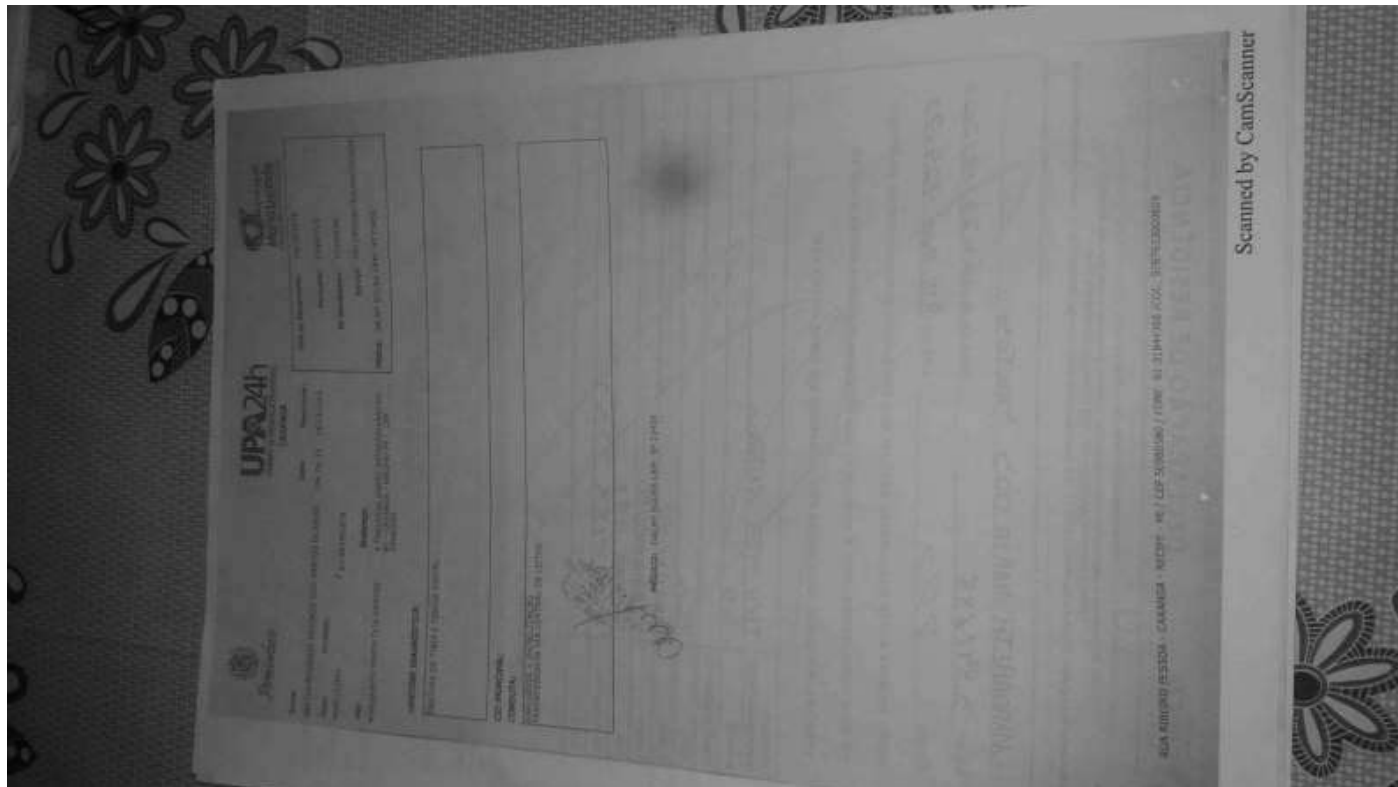
SEM VITIOS PRESENCIA



OK

048
012



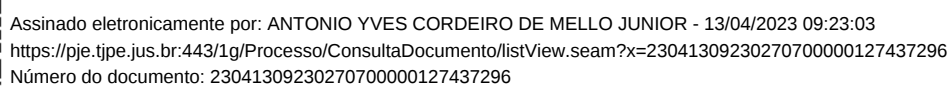


Scanned by CamScanner



ISSN: 1473-0875 (print); 1473-0883 (online)

LAURENTE DESSINA - CAXAMBA - RECIFE PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9757613000609



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXAMBA

Resumo da Atendimento ao Paciente - Atendimento
 2023-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Nome do Paciente: [REDACTED]
 Nome do Médico: [REDACTED]
 Nome da Unidade: [REDACTED]
 Nome do Profissional: [REDACTED]
 Nome do Paciente: [REDACTED]
 Nome do Médico: [REDACTED]
 Nome da Unidade: [REDACTED]
 Nome do Profissional: [REDACTED]

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Procedimento: 2013-04-13 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03 - 09:23:03

Assistência) por: RENILZA RECYLLE RAMOS DA ROCHA - CONIAR: 548344 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

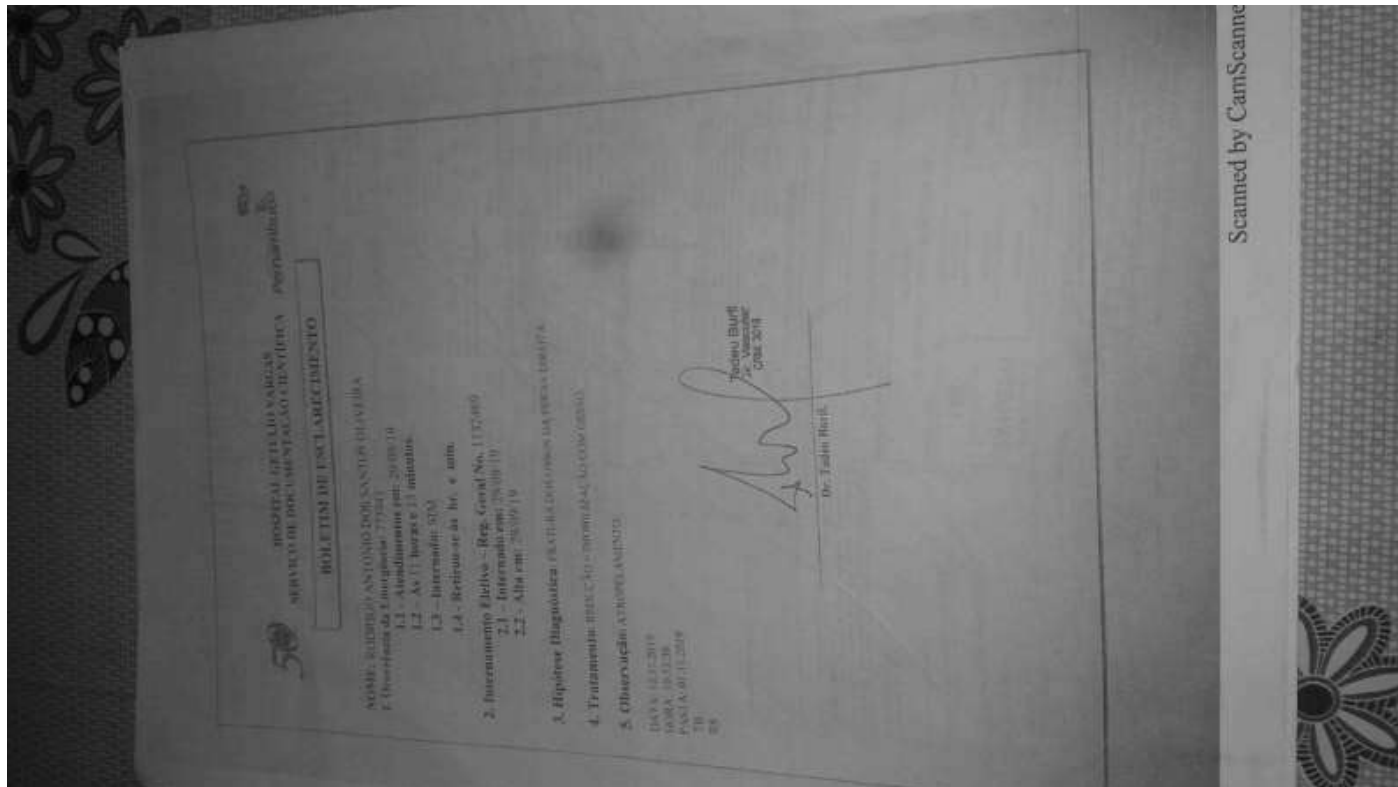
Data Impressão: 2019-10-14 11:52:43

Página 1 de 1

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



HOSPITAL GETULIO VARELA
MUNICIPIO DE

Formulário de Registro de Óbito

Identificação do Defunto:
Nome: JOSE CARLOS DA SILVA
Data de Nascimento: 10/05/1950
Sexo: M
Estado Civil: C
Profissão: Trabalhador
Residência: Rua 10, nº 10, Centro

Identificação do Local de Óbito:
Município: Curitiba
Bairro: Centro
Endereço: Rua 10, nº 10
CEP: 81000-000

Identificação do Médico:
Nome: Dr. João da Silva
CRM: 12345
Assinatura: [Assinatura]

Identificação do Registrante:
Nome: Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior
CPF: 12345678901
Assinatura: [Assinatura]

Observações:
O defunto faleceu em decorrência de uma doença aguda, sem antecedentes de doenças crônicas. O corpo foi encaminhado para o Instituto de Medicina Legal para exame de necropsia.

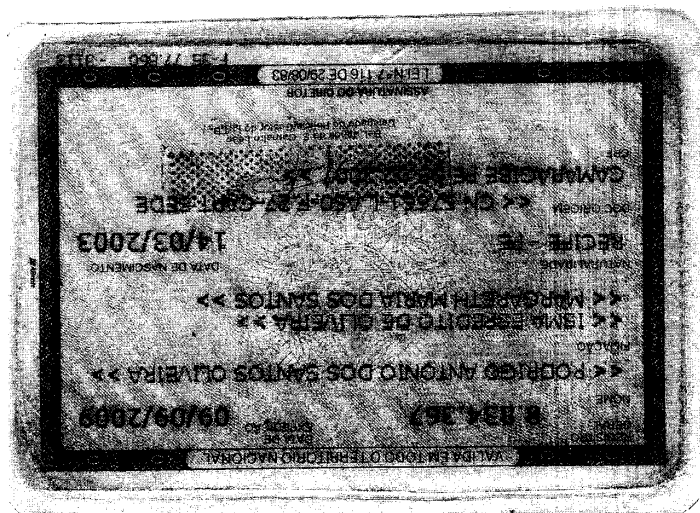
Assinatura do Registrante:
Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior

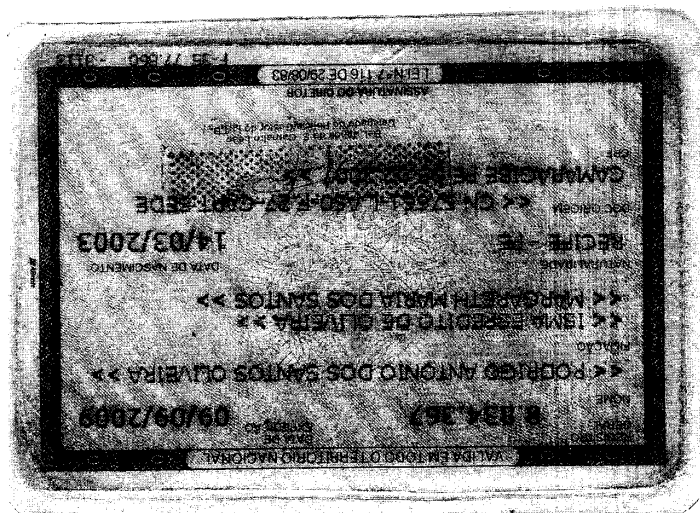
Data e Hora:
Data: 13/04/2023
Hora: 09:23

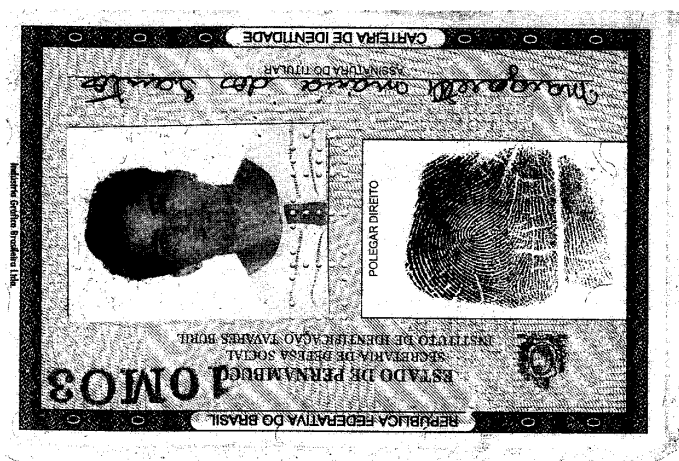
Local de Registro:
Município: Curitiba
Bairro: Centro
Endereço: Rua 10, nº 10
CEP: 81000-000

Scanned by CamScanner



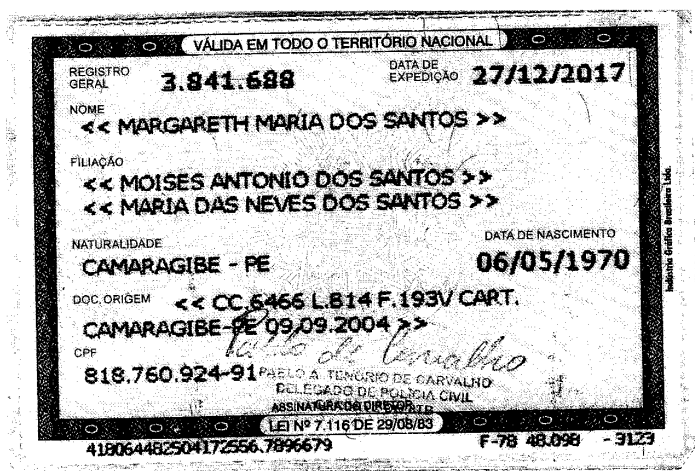


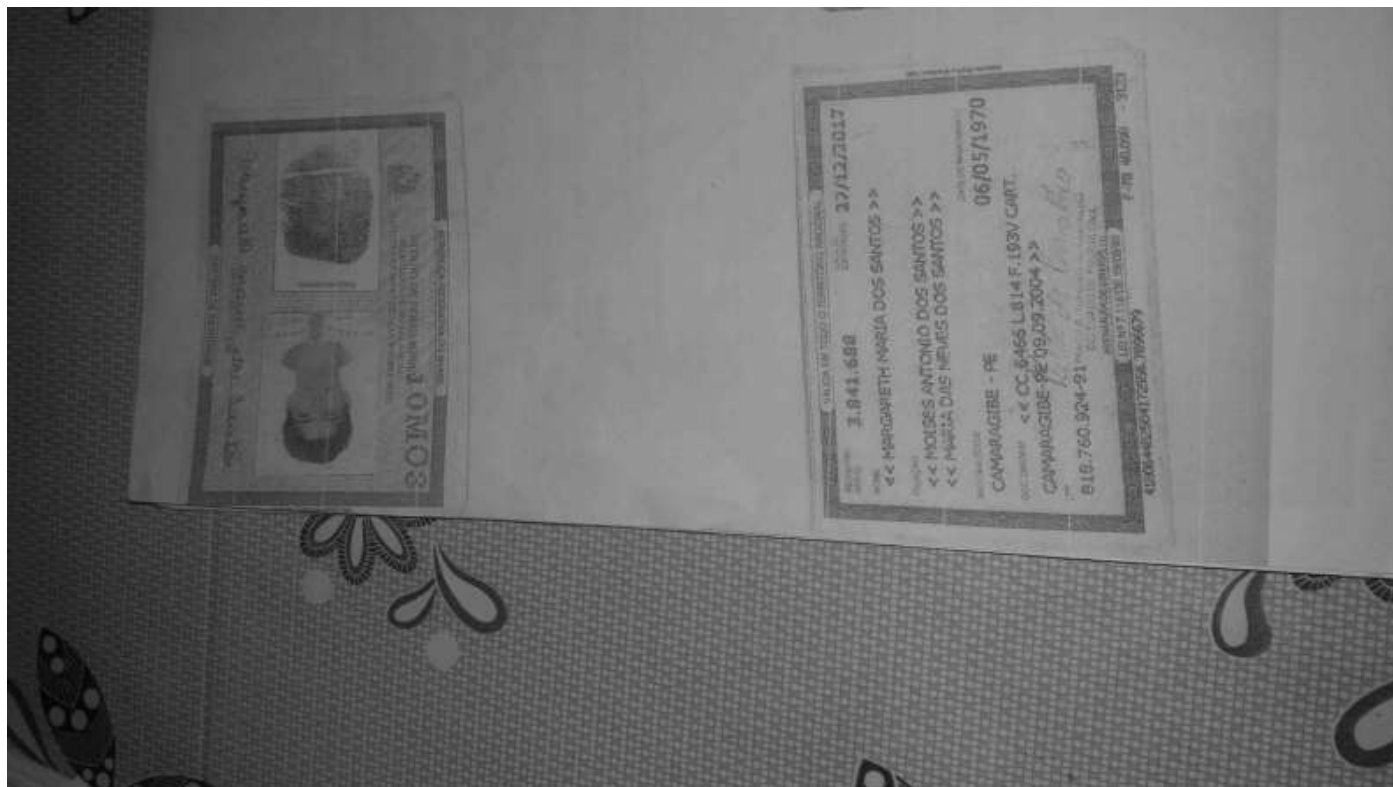


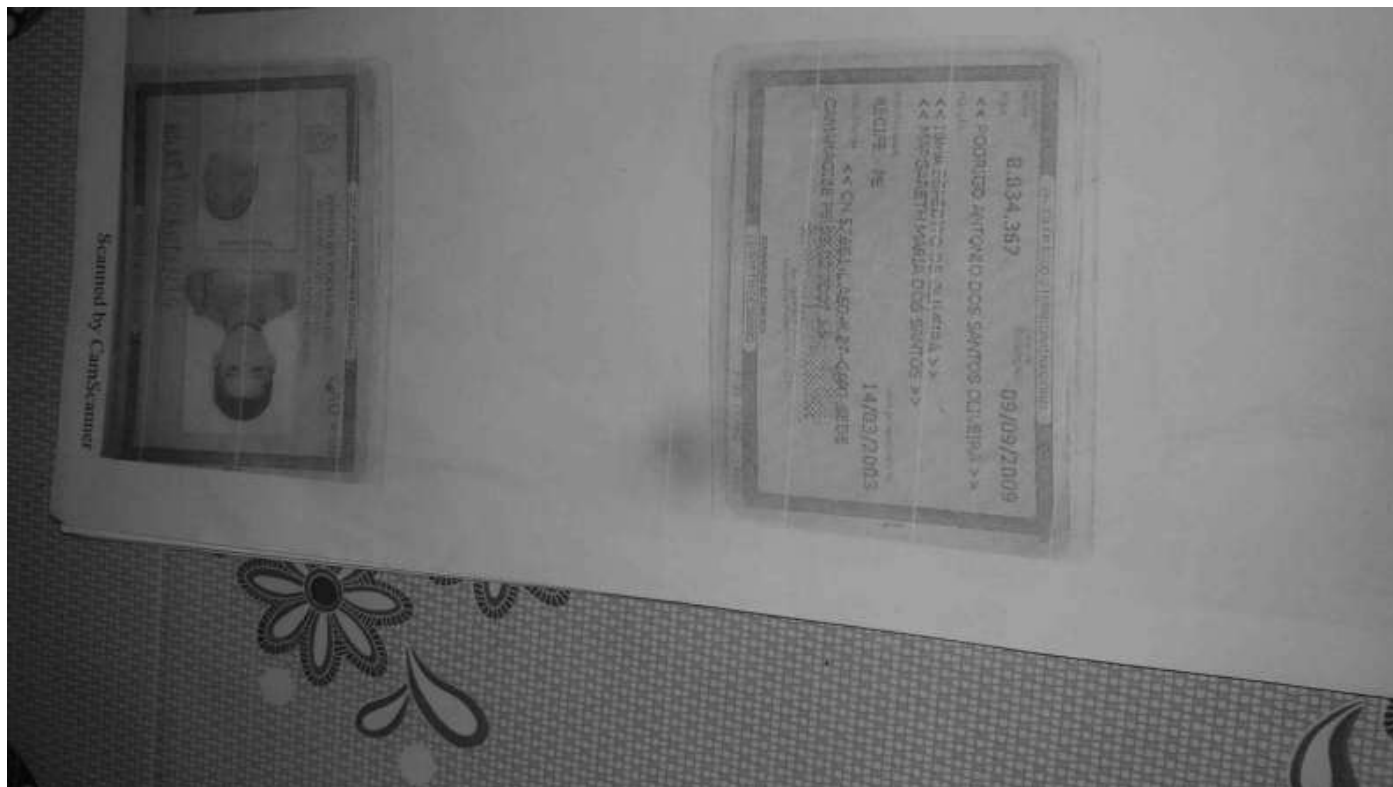


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.841.688
DATA DE EXPEDIÇÃO	27/12/2017
NOME	<< MARGARETH MARIA DOS SANTOS >>
FILIAÇÃO	<< MOISES ANTONIO DOS SANTOS >> << MARIA DAS NEVES DOS SANTOS >>
NATURALIDADE	CAMARAGIBE - PE
DATA DE NASCIMENTO	06/05/1970
DOC. ORIGEM	<< CC. 5466 L. 814 F. 193V CART. CAMARAGIBE-PE 09.09.2004 >>
CPF	818.760.924-91
PABLO A. TENÓRIO DE CARVALHO DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL ASSINATURA DIRETA	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
418064482504172556.7896679 F-78 48.098 - 3123	









PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190716207 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA DISTAIS DIREITAS.

Descrição do exame físico: VITIMA COM EDEMA LOCAL, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO (+++++), BLOQUEIO ARTICULAR DE TORNOZELO, FLEXÃO PLANTAR A CERCA DE 10 GRAUS, DORSAL A 5 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE.

Resultados terapêuticos: IMOBILIZAÇÃO GESSADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 03/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO, MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR. HÁ QUE SE AGUARDAR A ALTA MÉDICA DEFINITIVA APÓS TEREM SIDO ESGOTADOS TODOS OS TRATAMENTOS, INCLUSIVE OS FISIOTERÁPICOS. REAVALIAR EM 30 DIAS .

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200249973 **Cidade:** Calumbi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190716207 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @6/7 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190716207 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @6/7 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200249973 **Cidade:** Calumbi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465356/19

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 818.760.924-91

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARGARETH MARIA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARGARETH MARIA DOS SANTOS : 818.760.924-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta 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: 20/12/2019
Nome: MARGARETH MARIA DOS SANTOS
CPF: 818.760.924-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARGARETH MARIA DOS SANTOS

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197057/20

Vítima: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 150.750.234-60

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARGARETH MARIA DOS SANTOS : 818.760.924-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

RODRIGO ANTONIO DOS SANTOS OLIVEIRA : 150.750.234-60

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.



**Lauda 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: 3190716207
Nome do(a) Examinado(a): Rodrigo Antonio dos Santos Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Tv 4 Sto Antonio, 85 Timbi
Jardim Primavera Camaragibe PE CEP: 54753-350
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8834367
Data local do acidente: [28/09/2019]
Data local do exame: [03/01/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAIS DIREITAS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: IMOBILIZAÇÃO GESSADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
Data da Alta: V?TIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM EDEMA LOCAL, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO (+++++), BLOQUEIO ARTICULAR DE TORNOZELO, FLEXÃO PLANTAR A CERCA DE 10 GRAUS, DORSAL A 5 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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 o 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 (*).
(X) "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 30 dias (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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves

CPF - 045.955.274-03

CRM/PE - 17742

