



Número: **0000759-66.2022.8.17.2160**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Alagoinha**

Última distribuição : **21/11/2022**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Pagamento Indevido**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA (AUTOR)		THIAGO MICKAEL CARVALHO DE ALMEIDA (ADVOGADO(A)) LEONARDO JOSE SILVA FIGUEIROA (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
132617797	10/05/2023 12:29	2882208_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ALAGOINHA/PE - SEÇÃO -

PROCESSO: 00007596620228172160

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALAGOINHA, 9 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225



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 - 10/05/2023 12:28:59
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051012285956700000129553549>
Número do documento: 23051012285956700000129553549

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 - 10/05/2023 12:28:59
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051012285956700000129553549>
Número do documento: 23051012285956700000129553549



Número: **0000759-66.2022.8.17.2160**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Alagoinha**

Última distribuição : **21/11/2022**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Pagamento Indevido**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA (AUTOR)			THIAGO MICKAEL CARVALHO DE ALMEIDA (ADVOGADO(A)) LEONARDO JOSE SILVA FIGUEIROA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
132617798	10/05/2023 12:29	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, 09 de Julho de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210184037

Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

Data do Acidente: 01/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16955076





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, 02 de Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210184037

Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

Data do Acidente: 01/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002229-2

Conta: 000010014362-8

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. 00689/00690 - carta_15R - INVALIDEZ

00010345





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

066.302.394-74

Joseildo Guimarães Ferreira

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

Nome completo:

CPF:

Joseildo Guimarães Ferreira

066.302.394-74

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Agricultor

Sítio Bom Sucesso

511

Casa

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Zona Rural

Alagoinha

PE

55260-000

E-mail:

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2229 2

CONTA:

34362 6

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.



Local e Data: Alagoinha, 18 de março de 2021

Nome: Thiago McFael Cavallho do Alencar

CPF: 095.913.925-67

Thiago McFael Cavallho do Alencar

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Wallyson Felipe da Silva

CPF: 121.556.974-22

Wallyson Felipe da Silva

Assinatura

2ª Nome: Leonardo José S. Figueira

CPF: 046.782.884-96

Leonardo José S. Figueira

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

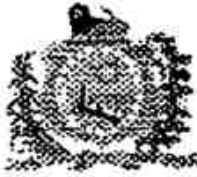
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -
DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0203000190

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/06/2020** às
15:37

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **1/12/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 01, LAGE DE
CARAPICHO - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SINISTRO (AUTOR \ AGENTE)
JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) -
Sr(a): JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA



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

**SINISTRO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
SEVERINA GUIMARÃES FERREIRA Pai: LUIZ ALVES FERREIRA Data de Nascimento:
16/2/1981 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7593268/SDS/PE (RG), 06630239474 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2°.
GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 01, SÍTIO BOM SUCESSO - CEP: 8 -
Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSEÍLDO GUIMARÃES
FERREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEÍLDO GUIMARÃES FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS Objeto apreendido: NÃO
Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE2932 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 458120236 Chassi:
0C2JC4110CR502505**



Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE TRANSITAVA NA VIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, NO ACIDENTE SOFREU FRATURAS NO MEMBROS INFERIORES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

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

**JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CAROLANO BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221755-4 -**
Matrícula: **221755-4**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA - DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0203000190

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/06/2020 às 15:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 1/12/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 01, LAGE DE CARAPÍCHO - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 0**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SINISTRO (AUTOR/AGENTE)
JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA

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

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

JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA GUMRÃES FERREIRA
Pai: LUIZ ALVES FERREIRA Data de Nascimento: 15/2/1961 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7593258/3DS/PE (RG), 06630239474 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 01, SÍTIO BOM SUCESSO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: Não
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE8933 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **458120835** Chassi: **9C2JC4110CR508505**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE TRANSITAVA NA VIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, NO ACIDENTE SOFREU FRATURAS NOS MEMBROS INFERIORES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.



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

JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CAROLANO BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221755-4** - Matrícula: 221755-4

(Liberado em 26/06/2020 às 15:37)



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Joseildo Guimaraes Ferreira

CPF da Vítima

044.098.384-52

Data do Acidente

01.12.2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alagoinha, 17 de Janeiro de 2020

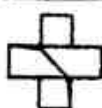
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE

SAMU REGIONAL ABRESTE - MINISTRO DE ATENDIMENTO



SAMU
192

Identificação

Médico Regulador Filipe **Operador de Prato** Paulo

Data 01/12/2019 **Hora** 15:21 **ID** 0210 **Nº Ocorrência** 3430034496034 **Unidade Referente** Unidade de Pronto Atendimento **Data da Unidade** 01/12/2019

Endereço Hospital Lúcia Cavalcanti

Bairro Parque das Nações **Município** Recife

Ponto de Referência Próximo ao Hospital

Nome da Vítima Yosiele Guimarães Furtado **Idade** 38 **Sexo** F

Solicitação/ Fato Queda de Prato

Queda Queda de Prato **Transmissão** 5828123

☐ Apoio da GPM ☐ Médico prestando suporte a USU ☐ Liberação da USU da Unidade de Referência pelo Médico Regulador

Declaro para devidos fins que quando a equipe do SAMU 192 chegou ao local, foi constatado que a/s vítima/s foi/foram socorrida/s por terceiros, nesta oportunidade assino: **CPF ou RG:** 00000000000 **Assinatura:** Paulo

Comunicação	Saída da Base	Chegada ao Local	Saída do Local	Chegada ao destino	Saída do destino	Chegada a Base
<u>15:21</u>	<u>15:23</u>	<u>15:44</u>	<u>16:12</u>	<u>16:36</u>	<u>21:16</u>	<u>02:02</u>

Tipos de episódios: Queda de Prato

☒ Acidente de Trânsito ☐ Pedestre ☐ Condutor do veículo ☐ Passageiro do veículo

☐ Clínico ☐ FAB ☐ FAF ☐ Queimadura ☐ Térmica ☐ Química ☐ Elétrica

☐ Pediátrico ☐ Psiquiátrico ☐ Queda afogamento ☐ Queda Metro ☐ Queda própria altura ☐ Lesões Térmicas

☐ PCR ☐ Agressão ☐ Eletrocussão ☐ Genico-Obstétrico ☐ Desabamento/ Solapamento ☐ Outros:

Antecedentes:

☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ Alergia ☐ AVC ☐ Cirurgias Realizadas

☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal

☐ Drogadição ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Medicamentos: ☐ Problemas Respiratórios ☐ Outros:

Sinais Clínicos: Principais sintomas/queixas:

☒ Agitação/ Agressividade ☐ Alergia ☐ Ausência de pulso ☐ Cianose ☐ Inconsciente/ Desmaio ☐ Dor Precordial

☐ Convulsão ☐ Disúria ☐ Diarreia ☐ Dispneia ☐ Febre ☐ Sudorese ☐ Dor local:

☐ Cefaleia: ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ Hálito Etlíco ☐ Náuseas ☐ Outros:

Início dos sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais

Hora	PA	PULSO	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O2 %	Oximetria
Início:							
Fim:							

Respiração:

Vias Aéreas: ☐ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco Aspiração ☐ Edema de Glote

Respiração/ Ventilação: ☒ Espontânea ☐ Parada Respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular

Ausculta: ☒ Normal ☐ Roncos/Sibilos ☐ Estridores ☐ Diminuição MV ☐ Ausência MV

Esperdiabilidade: ☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

Circulação:

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Assente ☐ M.M.P.

Pele: ☐ Normal ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Palidez ☐ Outros:

Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ Membros Inferiores ☐ Anasarca

Perfusão: ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente

Ausculta: ☐ Normal ☐ Arritmia ☐ Sopro ☐ Outros:

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

Paulo
CRM 23971



Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	Ext. M.D.	Ext. M.E.	Ext. D.D.	Ext. D.E.	Observações
Amputação												Paciente EGD Consciente, desorientado condição unidade para o hospital de destino.
Contusão												
Escoriação												
Esmagamento												
Perfurante												
Contuso												
Frat. Fechada												
Frat. Aberta												
Laceração												
Luxação												
Queimadura %												

Exame Neurológico	Sinais	E	D	Abertura Ocular	Resposta Motora	Resposta Verbal			
Pouco comunicativo	Sinal de Babinski			Espontânea	4	Obedece comandos	6	Orientado	5
Agitação	Sinal de Gurdin			Ao comando Verbal	3	Localiza dor	5	Confuso	4
Sonolência	Otorragia			A dor	2	Rutirada à dor	4	Palavras	3
Coma	Otorrágica			Ausência	1	Flexão à dor	3	Inapropriadas	3
Confusão	Pupílas					Extensão à dor	2	Sons	1
Inconsciência	Miotose					Ausência	1	Incompreensíveis	1
Parastesia	Miotose								
Afasia	Miotose								
Rinorrágica	Miotose								
Rinolacorrágica	Miotose								
Outros:	Miotose								

Segmento	Pescoço	Abdômen	Urogenital	Gineco-Obstétrico	Observações
	☐ Normal ☐ Desvio de Traqueia ☐ Outros:	☐ Normal ☐ Distensão ☐ Ascite ☐ Doloroso/Defesa ☐ Hepatomegalia ☐ Esplenomegalia ☐ Outros:	☐ Anúria ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Glicosúria ☐ Direito e/ou ☐ Esquerdo ☐ Outros:	☐ Hemorragia Vaginal ☐ Perda de tampão mucoso ☐ Ameaça de Abortamento ☐ Abortamento ☐ Trabalho de parto: ☐ 1 cm/d ☐ 1 a 3 cm/d ☐ 3 a 5 cm/d ☐ Mais de 5 cm/d ☐ Nascimento: ☐ Parto Único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR:	

Procedimentos	Observações
☐ Intubação Orotraqueal ☐ Intubação Nasotraqueal ☐ Cânula Orofaríngea ☐ Ventilador Mecânico ☐ Ventilação Mecânica Ambu ☐ Inalação O ₂ ☐ Cateter de O ₂ ☐ Máscara Venturi ☐ Massagem Cardíaca Externa ☐ Desfibrilação/ Cardioversão ☐ DEA ☐ Controle de Hemorragia ☐ Desobstrução de vias aéreas	☐ Contensão física ☐ Curativo ☐ Punção Venosa Periférica ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Vesical ☐ Imobilização em Prancha Rígida ☐ Imobilização de Membros ☐ Colar Cervical ☐ Monitoração Cardíaca ☐ Oximetria ☐ Aferição SSVV ☐ Aspiração ☐ Estimulo Doloroso ☐ Com Resposta ☐ Sem Resposta ☐ Outros:

Reposição Volumica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringar Com Lactato					
Soro Fisiológico 0,9%	500 ml				
Soro Glicosado 5%					
Outros:					

Destino	Unidade Hospitalar	Município	Assinatura do receptor

Equipe	Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro/Auxiliar de Enfermagem	Conductor

Termo de Recusa: Declaro para devidos fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU REGIONAL DO AGRESTE, nesta oportunidade.



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:

24/09/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321018403701

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02229

CONTA: 000010014362

Número da Autenticação

4D1F1A4A736776EF



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINA GUIMARÃES FERREIRA, inscrita no CPF sob o nº 821.520.634-49, **DECLARO**, para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que o Sr. JOSEILDO GUIMARÃES FERREIRA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG Nº 7.593.258 SDS-PE, inscrito no CPF sob Nº 066.302.394-74, residente e domiciliado no Sítio Bom Sucesso S/N, ZONA RURAL, Alagoinha-PE, CEP: 55260-000, reside na minha propriedade já relatada.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Alagoinha - PE, 19 de fevereiro de 2021.



Luiz Tiago Galindo de Melo
SEVERINA GUIMARÃES FERREIRA

TESTEMUNHAS

João de Deus S. Figueiredo - 046-782-884-90
CPF:

Nellyson Felipe da Silva
CPF: 324.556.974-22





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, 8º andar, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 18.835.537/0001-11 | Tel: (81) 3181.1111 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

NEVER DA GOMES FERREIRA

CPF: 821.520.534-23

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Município

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI BOMBAZEIRO, 1122

CENTRO CARUARU, 4740
ALAGÓINHA PE
55160-000

15/12/2020	15/12/2020	15/12/2020
15/12/2020	20/12/2020	13/01/2021

4002266135	12/2020
22/12/2020	14/01/2021
81,55	

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (MWh) 12/2020	0,4142567	42,22
Consumo Ativo (MWh) 01/2021	0,3855197	32,84
Consumo Ativo (MWh) 02/2021		3,91
Consumo Ativo (MWh) 03/2021		3,00
Multa por atraso (R\$) 12/2020		0,43
Multa por atraso (R\$) 01/2021		1,33
Atualização KPMAR 12/2020		0,41
Atualização KPMAR 01/2021		1,37
Compensação DMC 12/20		-3,77

TOTAL DA FATURA

81,55

W DE	Tipo de	DATA	INTERIOR	DATA	ATUAL	W DE	CONSTANTE	ARRETR	COEFICIENTE (WV)
12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020

W DE	Tipo de	DATA	INTERIOR	DATA	ATUAL	W DE	CONSTANTE	ARRETR	COEFICIENTE (WV)
12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020

W DE	Tipo de	DATA	INTERIOR	DATA	ATUAL	W DE	CONSTANTE	ARRETR	COEFICIENTE (WV)
12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020

W DE	Tipo de	DATA	INTERIOR	DATA	ATUAL	W DE	CONSTANTE	ARRETR	COEFICIENTE (WV)
12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020	12/2020



[illegible]

VENCIMENTO: 05/07/2021 TOTAL A PAGAR: 45,13



 OUV
 serie



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Edite Miliano dos Santos
RG nº 6141324, data de expedição 03/09/98
Órgão SSP, portador do CPF nº 041.098.384 - 52
com domicílio na cidade de Alagoinha, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Lage do Carrapicho, nº S/N
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Joseildo Guimarães Ferreira, cujo o condutor era
Joseildo Guimarães Ferreira
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/CG 125 FAN K3 Ano: 2012
Placa: PFE 8933 Chassi: 9C2JC4110CR508505
Data do Acidente: 01/12/19

Local e Data: Alagoinha, 17 de Janeiro de 2020

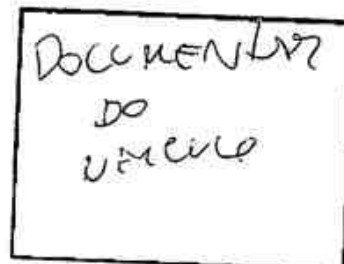
Edite Miliano dos Santos

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Relatório
MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHA

Secretaria Municipal de
Saúde

Laudo Médico

Atesto para Os devidos fins que O paciente masculino
Joseildo Guimaraes Ferreira, 40 anos idade, está sendo
acompanhado pelo Equipe de Saúde Bem Sucesso depois
de sofrer acidente Motocicleta (Dezembro 2019) com
múltiplas lesões (Fratura exposta De Pálula Esquerda
CID 10 S82.0. Tratamento realizado Fio de Cerdagem).
O paciente apresenta muito dor e inflamação do joelho
esquerdo, sem melhora com analgésicos e fisioterapia.
Considero o paciente não pôde fazer atividades
físicas e ficar afastado do trabalho por tempo indetermina-
do.

CID 10. S82.0

T93.4

T93.5

Dr. Yamilo Cereza Machado
Médico
RMS 2601218/PE

17/02/2021





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA	PRONTUÁRIO: 1703292	ATENDIMENTO: 01518190
DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1981	FOI ATENDIDO EM: 01/12/2019 Às 11:11	
	DATA DA ALTA: 09/12/2019 Às 07:54	

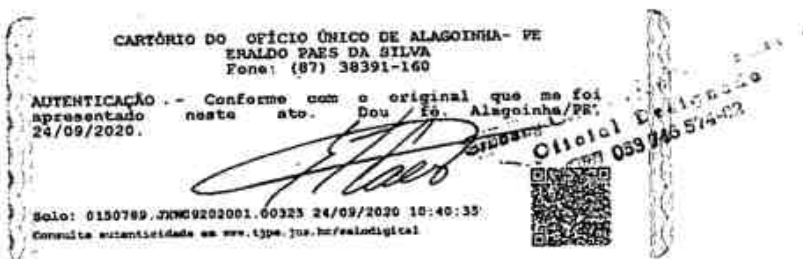
Diagnóstico Provável:

HEDA LAMINAR
TCE GRAVE (S.06)
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA

Tratamento Realizado:

CONSERVADOR - CRANIO

Observação:



Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE DR. MARCOS ALCINO, APOS 15 DIAS DA ALTA
AOS CUIDADOS DA TRAUMATOLOGIA

KAUE FRANKÉ - CRM: Nº.25349

KAUE FRANKÉ
CRM-PB 25.349

Recife, 09, DEZEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS. Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA	PRONTUÁRIO: 1703292	ATENDIMENTO: 01518190
DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1981	FOI ATENDIDO EM: 01/12/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 17/12/2019 ÀS 14:30	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA ACIDENTE MOTOCICLETA
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA CID 10 S82.0

Tratamento Realizado:

- 1) FIO DE CERCLAGEM

Observação:

- 1) ALTA ORTOPEDIA
- 2) FISIOTERAPIA MOTORA
- 3) ANTIBIOTICO ORAL + ANALGESIA
- 4) AFASTAMENTO ATIVIDADES LABORAIS POR 30 DIAS

Encaminhado para:

- 1) RETORNO AO AMBULATORIO DE DR TIAGO MOURA APOS 3 SEMANAS ALTA HOSPITALAR

Stanley Napoleão
MEDICO
CRM: 12473

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: N° 7472

Recife, 17, DEZEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar e/ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE ALAGOINHA- PE
ERALDO PAES DA SILVA
Fone: (87) 38391-160

AUTENTICAÇÃO - Conforme com o original que me foi
apresentado neste ato. Dou fé. Alagoinha/PE, 24/09/2020.

Selo: 0150789.V0809202001.00326 24/09/2020 10:40:35
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 08/01/2020 11:00Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 840 - TIAGO MESQUITA MOURA
Agenda.....: 53818

Ok

Informações do Paciente

Paciente.....: 1703292 Same.....:
Nome.....: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (87) - 991684893 / Celular: () - Nasc.....: 15/02/1981
Endereço.....: SÍTIO BOM SUCESSO, 1 - ZONA RURAL - ALAGOINHA - PE - Cep: 55260000
Cidade.....: ALAGOINHA

Agendado por: THAYLISSONBS

Retorno em 1 mês

Dr. Tiago Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15177 / RCO 13245

02/01/20





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

SERVIÇO DE SAÚDE

Paciente: <i>João Paulo Ferreira</i>	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

- Fisioterapia motor
20 Sessões
MD: Fratura de
patela

Dr. Sérgio Rafael de S. A. Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27783

Data: *08/01/20*

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE ALAGOINHA - PE
ERALDO PAES DA SILVA
Fone: (87) 38391-160

AUTENTICAÇÃO
apresentado
24/09/2020.

- Conforme com o original que me foi
neste ato. Dou fé. Alagoína/PE

[Assinatura]

Oficial Designado
CPF 0547462-7

Selo: 0130789.XI109202001.00324 24/09/2020 10:40:35
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



Paciente :
Cód.: 1703292 Nome: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA Data Nasc.: 15/02/1981 Sexo: MASC.
Fone: 55 87 991684893 e-mail:

Agenda: Nr do protocolo: 348937
Código: 54087 Agendado para: 05/02/2020
Médico: TIAGO MESQUITA MOURA
Recurso:
Setor: TERREO - AMBULATORIO
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Plano: PLANO UNICO
Unidade de Atendimento: AMBULATORIO GERAL
Endereço da Unidade:
Itens Agendados:

12:30 CONSULTA EM AMBULATORIO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA DE RETORNO

11:00

Agendado Por VANDERSONASN em 08/01/2020

HR - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

Isailda Guimarães
Ferreira

Paciente no pré-
nato não pôs
operatória de fratura
de patela
esquerda.

Evolui sem in-
tercorrências

HD - Fratura de
patela

Data: / /

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

Isailda Guimarães
Ferreira

Paciente no terceiro
mês pós-operatório
de fratura de pa-
tela esquerda.

Evolui ainda em
cadeira de roda
após os sinais
de consolidação

Data: / /

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE ALAGOINHA - PE
ERALDO PAES DA SILVA
Fone: (87) 38391-160

AUTENTICAÇÃO - Conforme com o original que me foi
apresentado neste ato. Dou fé. Alagoinha/PE,
24/09/2020.

Selo: 0150789.Y0508202001.00323 24/09/2020 10:40:35
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/salodigital



fratura de pulc.

H0 - Fratura de
pálula

0 - Encaminhada
a fisioterapia

2) Afastamento por
remenda de.

S22

Dr. Tiago Moura
Osteodentista
CRM 15731 TEOT 13045

05/02/20

0 - Afastamento
por remenda de
S22.

Dr. Tiago Moura
Osteodentista
CRM 15731 TEOT 13045

02/01/20





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES



Nome: <u>José da G. Ferreira</u>		Idade:
Registro: <u>1703292</u>	Box/Leito/Enfermaria:	Clínica/Setor:
Exames Solicitados: <u>- Rc pelve E AP+P</u>		
Dados Clínicos:		
Data:	Hora:	Ass. Carimbo: <u>Dr. Tiago Moura</u> CNPJ 15791 TEOT 13045

Preparado no Gráfico Hospitalar Alta Nivel

COD. 012





Ficha de Atendimento

ATT 13/12/19
NEPROM
PROTESE

Nº PRONTUÁRIO: 1703292		Data e Hora de Atendimento: 01/12/2019 19:02	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Nº. ATEND.:1517848		Paciente: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA	Nm. Social:
Data de nascimento: 15/02/1981		Idade: 38a 9m 15d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: JOELMA MIRANDA GALINDO	
DOC ID / Data expedição 7593258 / 21-mai-04	Mãe: SEVERINA GUIMARAES FERREIRA Pai: LUIZ ALVES FERREIRA	Cartão SUS: 898003944960841	
Endereço: SÍTIO BOM SUCESSO		Número 1	
Bairro: ZONA RURAL		Complemento:	
Cidade: ALAGOINHA		UF: PE	Telefone: 991684893

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social <i>[Assinatura]</i> FSA/2014
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros ☐		
Observação:		Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de acidente por motor há 7 meses em pequena Fiat. Colado no hospital regional e devido à um alto aumento no nível de consciência (Glasgow 15). Apresenta ataxia e hipotonia tônica e uma lesão extensa exposta da região superior. Encontrar-se desorientado, com déficit de memória.

Edema periorbital à direita.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por: *Somni*

Imobilização Cervical: Sim ☒ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Quê?

Exame Físico:											
A. Geral	Vis aérea está púrvia:	Sim	☐	Não	☐	O paciente fala:	Sim	☐	Não	☐	Temp:

Diagnóstico: Insuficiência cardíaca, hipertensão, diabetes, obesidade

B: Respiratório: MV + AHT S/ RA

C: Circulatório: PA: 100 X 50 mm Pulso: 122 bpm AFA 100%

RCRBT GNF S/S Insuficiência cardíaca 02/12/19



Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD ☐	MSE ☐	MID ☐	MIE ☐	Pupilas	Isocóricas ☒
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora					
Score: 4	Score: 3	Score: 6					
Hora: 14:30	Hora:	Hora:					

ECG 13 14 canais, 3 derivadas e 6 medidas. Pápila hipertrofiada ☐

Exposição/Abdômen:
 Abdômen flácido; flácido, indurado à palpação com contração da defesa
 leve exposto à perna esquerda

Diagnóstico Inicial: Cod. Procedimento
 Polipose

Conduta: Ass. Médico
 01 Relato TC de crânio, coluna cervical e abdômen sem contraste
 02 Solicito RX da perna esquerda AP e perfil
 03 Análise da NCD e transmissor.

edro Caminha
 Cláudio Tarantino

Evolução de Enfermagem: Ass. Enfermagem
 CRINI-E 23971

Definição do Caso:	Condição de Alta:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta Internado na Clínica: Transferido para:	☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:
 Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:
 Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos
 ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
 Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento
 sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 01-dez-19



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 01/12/2019 18:51

Nome Paciente: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: U0044
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 01/12/2019 18:52 - 01/12/2019 18:53

REBECA MAIARA SOARES DE LIMA - COREN: 559813 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE OITO HORAS, APRESENTANDO OTORRAGIA, HEMATEMESE, RNC.

Observação: SÊNHA: 5828173
PACIENTE PASSOU DIRETO PARA VERMELHA

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR
Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?
Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 12

*Cirurgia geral 01/12/19 20:35
Paciente internado em UTI, AP = nível 5 em RS
Ac = 90/60 x 70/55
Pulso 100 bpm, regular, com 2+ de pulso
TAC abdome = sem alterações*

Dr. Alta de Urgência gen
Dr. Luiz Eduardo L. Silva
Cirurgião Geral
CRM-PE 26455

Acolhido(a) por: REBECA MAIARA SOARES DE LIMA - COREN: 559813 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/12/2019 18:53

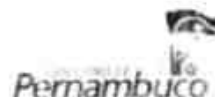
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA	PRONTUÁRIO: 1703292	ATENDIMENTO: 01518190
DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1981	FOI ATENDIDO EM: 01/12/2019 ÀS 11:11	
	DATA DA ALTA: 09/12/2019 ÀS 07:54	

Diagnóstico Provável:

HEDA LAMINAR
TCE GRAVE (S.06)
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA

Tratamento Realizado:

CONSERVADOR - CRANIO

Observação:

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE DR. MARCOS ALCINO, APOS 15 DIAS DA ALTA
AOS CUIDADOS DA TRAUMATOLOGIA

KAUE FRÂNKE
CRM: 25349

KAUE FRÂNKE - CRM: Nº.25349

Recife, 09, DEZEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA	PRONTUÁRIO: 1703292	ATENDIMENTO: 01518190
DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1981	FOI ATENDIDO EM: 01/12/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 17/12/2019 ÀS 14:30	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA ACIDENTE MOTOCICLETA
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA CID 10 S82.0

Tratamento Realizado:

1) FIO DE CERCLAGEM

Observação:

- 1) ALTA ORTOPEDIA
- 2) FISIOTERAPIA MOTORA
- 3) ANTIBIOTICO ORAL + ANALGESIA
- 4) AFASTAMENTO ATIVIDADES LABORAIS POR 30 DIAS

Encaminhado para:

1) RETORNO AO AMBULATORIO DE DR. TIAGO MOURA APOS 3 SEMANAS ALTA HOSPITALAR

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CPF: Nº.7472

Recife, 17, DEZEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

ANDRÉ GUANABARA

-

-

EVOLUÇÃO CLÍNICA

07/12/19
(17.50)

PRM

Paciente C/ História de Cansaço no
coração, em 20.00

no exame físico (sem sinais de insuficiência
cardíaca), exames laboratoriais (hemograma, PFTs,
PFTs)

no exame físico, no exame de ECG e Rx
de tórax, sem alterações. Sinais de
insuficiência cardíaca

com (1) alterações em ECG

(2) alterações P/ diagnóstico de insuficiência





HOSPITAL DE REFERÊNCIA

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jovani Dols Guimarães

EVOLUÇÃO CLÍNICA

02/12/19

#5891#

Paciente internado a hospitalização devido ao quadro de insuficiência cardíaca congestiva. Em tratamento com medicação adequada. Clínicamente estável, com melhora da dispnéia, porém ainda com edema de membros inferiores. Evolução satisfatória.

Exames: ECG, ecocardiograma, radiografia de tórax, exames de sangue e urina.

SCV: FC 25 bpm, SP 55, FC 87

PA: 130/80

AR: MCO, AAT 0,8, Sat 96% ao ar

SN ECG 4+4+6=14 pupilas não reativas, reflexos e

exame de palpitação. Sinais de congestão de membros inferiores. Nenhum sinal de desidratação.

nenhuma alteração

Plan: manter os 4 medicamentos - uso de diuréticos

CD: Alta SPT - acompanhamento - TC e NCI

Dr. Antônio Carlos
Ribeiro
CRM 16.531





Secretaria da Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

02/12/2019

* Traumatologia *

01:35 Paciente com queda e exposição de per-
tela esquerda associada a fratura de mesmo,
pericula por procedimento de controle de dano.
Procedimento ocorreu em internamento, por estar
hemodinamicamente;

* ex: 1. A SR;

2. Em acompanhamento pela NCR e pelo traum.

matto;

3. VPL.

Dr. Antonio Mello
CRM 26.793

04/12/19

2º Dia Trat. cont. do péda Esp

Dir. 7. 100% p. 13. 100%
futura

Exame amb. com cur. per. 100%

Exame com cur.

APC 66/76

APC 130/80 / 140/90

APC 96/98

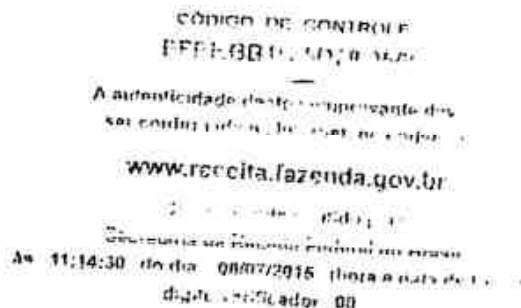
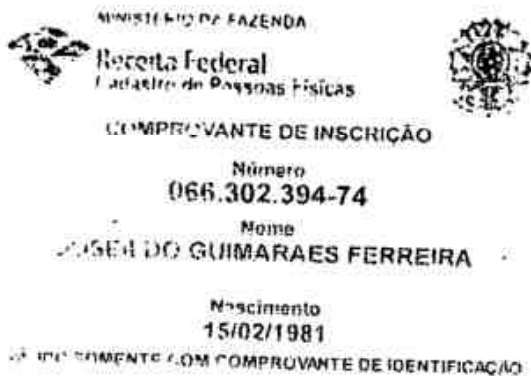
APC 105/94

Exame com cur.

Paciente 100% apto para alta e para o trabalho

COD. 0123







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013713609798
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ANO FAB. ANO MOD. EXERCÍCIO
1 458120855 2012 2012

EDITE MILIANO DOS SANTOS

ALAGOINHA - PE

PLACA 041-098-304-52 PEE8933

PLACA ANT./UL. SEM. CHASSI 9C2JC4110CR508505

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 EXN K3

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP/POT/CIL 2P/12.4CL CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC./COTA UNICA VENC./COTAS

IPVA 2018 QUITADO

FABRICAÇÃO PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGUROS OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE PORTE OBRIGATORIO

AMOD 22 A TRANSFERENCIA

LOCAL ALAGOINHA - PE DATA 23/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013713609798 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDITE MILIANO DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1203

ALAGOINHA - PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/03/18

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 041-098-304-52 PEE8933

RENAVAM 458120855 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 EXN K3

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 09 NR CHASSI 9C2JC4110CR508505

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTROQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

JUL - 2017



Destinatário:

Seguradora Líder do Consórcio de Seguro DPVAT SA
Rua da Assembleia N° 100, 26º Andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20.011-904

DH



SEDEX

Correios DR 100

PESO (kg) _____

Recebedor _____

Assinatura _____

Documento _____

QB 34307447 1 BR

29/06



(87) 505728152
CEL 991527909

Remetente:

Joseildo Guimarães Ferreira
Sítio Bom Sucesso, S/N
Zona Rural, Alagoinha - PE
CEP: 55260-000



TESTE MULTIM

1933436203
 VALIDA EM TODOS
 OS TERREITÓRIOS NACIONAIS
 1933436203
 PROIBIDO PLASTIFICAR
 1933436203

NOBRE
LAIZE VIEIRA GALVÃO DE MELO

SOC. IDENTIDADE / OUT. EXEMPLO FUR
8787246 RDD PE

DATA NASCIMENTO
100.741.814-16

DATA EMISSÃO
27/09/1996

FILMADO
LAIZE FERREIRA DE MELO S
OLIVEIRA
XVONE GALVÃO OLIVEIRA
DE MELO

LOCAL
PERNAMBUCO

DATA
28/11/19-24

CAS
AD

Nº REGISTRO
0632027904

DATA
12/03/2015

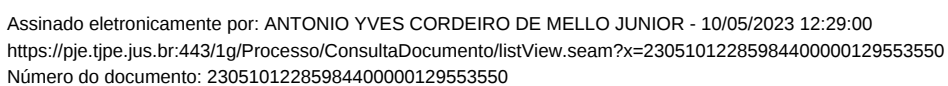
OBSERVAÇÕES
 RAR

Local
PERNAMBUCO

DATA EMISSÃO
25/11/2019

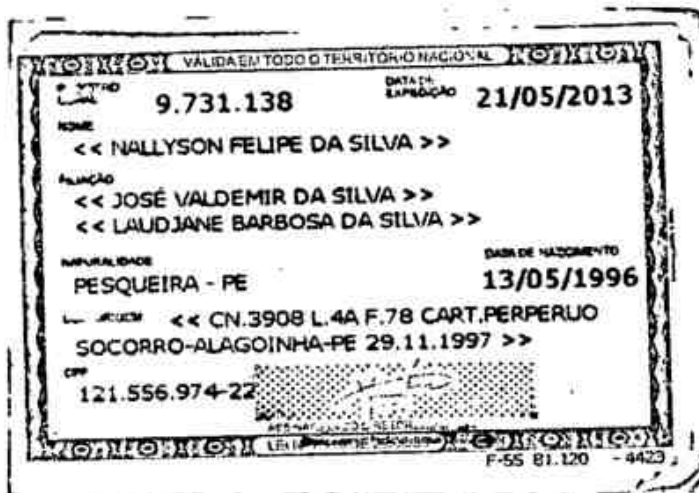
82589648479
 824 825132459

PERNAMBUCO





TESTEMUNHA



testemen

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1564880864

LEONARDO JOSE SILVA FIGUEIROA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6088049 / SSP. PE

CPF: 046.782.884-90 DATA NASCIMENTO: 04/06/1984

FILIAÇÃO:
JOSE ARNALDO FIGUEIROA
MARIA DO SOCORRO SILVA
FIGUEIROA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AE

Nº REGISTRO: 02494777825 VALIDEZ: 17/03/2023 1ª HABILITAÇÃO: 03/09/2003

OBSERVAÇÕES

A

CEPVS

KAB

LOCAL: CARUARU, PE

DATA EMISSÃO: 10/04/2018

48635688842
PER884432683

PERNAMBUCO

PROTEIDO PLASTIFICAR
1564880864



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R-35

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL



Edite Miliane dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6141324 DATA DE EMISSÃO 03.09.1993

NOME
EDITE MILIANE DOS SANTOS

FILIAÇÃO
Damião Felix dos santos e
Maria da Glória Miliane dos Santos.

LOCALIDADE
Pereira-FE DATA DE NASCIMENTO
27.04.1975

DOC. ORGEM
Cert. N. 587,1.03. Fls. 47.38 cert. Pereira-FE

ASSINATURA DO TITULAR



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

EDITE MILIANO DOS SANTOS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/02/00



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

EDITE MILIANO DOS SANTOS

Nº de inscrição

041098384-52

Data do Nascimento

27/04/75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210184037 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA **Data do acidente:** 01/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - GLASGOW 12 - GRAVE. P 4
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIO DE CERCLAGEM. ALTA.
P 1/3/4/5/7/ / P 7/8_ANEXO

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P1 ANEXO

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210184037 Cidade: Alagoinha Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA Data do acidente: 01/12/2019 Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - GLASGOW 12 - GRAVE. P 4
FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE CERCLAGEM. ALTA.
P 1/3/4/5/7/ / P 7/8_ANEXO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144638/21

Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

CPF: 066.302.394-74

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 01/12/2019

Titular do CPF: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA : 066.302.394-74

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: 08/07/2021
Nome: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA
CPF: 066.302.394-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2021
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

Patricia Aleixo Silva



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144638/21

Número do Sinistro: 3210184037

Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

CPF: 066.302.394-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/12/2019

Titular do CPF: JOSEILDO GUIMARAES
FERREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA : 066.302.394-74

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.

