



Número: **0045205-15.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2023**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO(A)) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (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
13286 9215	12/05/2023 12:05	2883297_CONTESTACAO_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO A

PROCESSO: 00452051520238172001

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 **JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES**, 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 **14/10/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/02/2021**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO 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



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DO MÉRITO

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;

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



- 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, 10 de maio de 2023.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **OAB/PE 30225** 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 **JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES**, em curso perante a **9ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00452051520238172001.

Rio de Janeiro, 10 de maio 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

123456

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 "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

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



⁶art.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/05/2023 12:05:23
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051212052348500000129797105>
Número do documento: 23051212052348500000129797105

Num. 132869215 - Pág. 9

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 - 12/05/2023 12:05:23
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051212052348500000129797105>
Número do documento: 23051212052348500000129797105



12/05/2023

Número: **0045205-15.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2023**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO(A)) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (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
132869216	12/05/2023 12:05	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21
Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72
CPF de: Próprio
Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A
Data do acidente: 14/10/2020
Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES : 710.689.294-72

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: 25/03/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Número do Sinistro: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 23/04/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES : 710.689.294-72

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: 25/03/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

RAIANNE SILVA BARBOSA





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, 12 de Abril de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do Acidente: 14/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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

Pag. 01083/01084 - carta_03 - INVALIDEZ

00050542



Carta nº 16748145





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 Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do Acidente: 14/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001028

Conta: 000000050708-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 710.689.294-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE AILTON LAUNINDO GONÇALVES

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

5 - Nome completo: JOSÉ AILTON LAUNINDO GONÇALVES 6 - CPF: 710.689.294-72
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA DEP. METODIO GODOY 9 - Número: 35 10 - Complemento:
11 - Bairro: CATANGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-725
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 181 9866-62024

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 50708 0 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 23 de Março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E2093000175**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/02/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **14/10/2020** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE MATRIZ DA LUZ, 1 - Bairro: TIUMA - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
BRENO SEVOLO CAVALCANTE (OUTRO)
JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: {Usado na geração da ocorrência} , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA Pai: SEVERINO LAURINDO GONÇALVES Data de Nascimento: 2/8/1968 Naturalidade: TRACUNHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3706005/SDS/PE (RG) 71068929472 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Endereço Residencial: RUA DEPUTADO METODIO GODOY, 35 - CEP: - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

BRENO SEVOLO CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): BRENO SEVOLO CAVALCANTE, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCS4821** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, O MESMO VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO O PILOTO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO, PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A VITIMA A CAIR FORTEMENTE AO SOLO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DA CAXANGA, PRONTUARIO 00502833, SENDO TRANSFERIDO PARA



O H.O.F, PRONTUARIO 1119587, E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA, PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, NUMERO DE ADMISSÃO 351574, ONDE OBTVEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/10/2020, CASO AFETO A DELEGACIA DE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE.

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


JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES
(VITIMA)

B.O. registrado por:  ADEILTON PEREIRA GOMES - Matrícula: 159741-8



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: 710.689.294-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE AILTON LAUNINDO GONÇALVES

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

5 - Nome completo: JOSÉ AILTON LAUNINDO GONÇALVES 6 - CPF: 710.689.294-72
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA DEP. METODIO GODOY 9 - Número: 35 10 - Complemento:
11 - Bairro: CATANGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-725
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 18119866-62024

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 50708 0 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 23 de Março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019



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:	11/05/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321010412401
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01028
CONTA: 000000050708

Número da Autenticação

FC5C4CC4492F9F77





AVENIDA CRUZ CARUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20210155053430

Escritório: DOIS IRMAOS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA JOSE MOREIRA
R DEP METODIO GODOY, N. 00035 - CAXANGA RECIFE PE 50980-725
INSCRIÇÃO: 340.352.085.0136.000

Nº Contrato: 6287389

05505343.0

01/2021-2

GRUPO: 18

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 05505343.0

LIGADO	POTENCIAL	3	10/02/2021	REAL /
A16S166530	13/01/2021			

ÁGUA
LEIT. ANT.: 928
LEIT. ATUAL: 939
LEIT. FAT.: 939

CONSUMO: 11

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

12/2020	16/	A
11/2020	8/	A
10/2020	11/	A
09/2020	15/	A
08/2020	12/	A
07/2020	15/	A
MEDIA	12/ 0	A

PARÂMETROS

TURBIDEZ
COR APARENTE
CLORO RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E.Coli

EXIG. PELA PORT.
MS 2.914/11

126
126
126
126
126

NÚMEROS DE AMOSTRAS

ANÁLISES
REALIZADAS

126
126
126
126
126

ATENDEM A
LEGISLAÇÃO

124
101
126
123
125

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 003 UNIDADES

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

11 M3

VALOR R\$

135,39

FIS	135,39	1,65	9,23
COFINS	135,39	7,60	10,29

25/02/2021

TOTAL A PAGAR

135,39

FIQUE TRANQUILO: A COMPESA PROTEGE SEUS DADOS, ATENDE A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E TRATA SEUS DADOS PESSOAIS COM ÉTICA E TRANSPARENCIA. SAIBA MAIS EM WWW.COMPESA.COM.BR.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 24/02/2021



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

05505343.0

01/2021-2

25/02/2021

TOTAL A PAGAR

135,39

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Nome: 502833-JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Sexo: Contatos: / 81-986766526
MASCULINO
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 14/10/2020
Prontuário: 00502833
Nº Atendimento: 01454615
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUARTA-FEIRA, 14 DE OUTUBRO DE 2020 TIPO: TRANSFERÊNCIA ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HOF

SENHA: 6044281

QP:

RELAT ODE QUEDA DE MOTO COM DOR EM PÉ/TNZ ESQUERDO. NEGA TRAU, MANA CABEÇA, DESMAIO, VOMITOS, PERDA DE CONSCIÊNCIA, DOR CERVICAL, TORACICA E ABDOMINAL, em: 14/10/20 22:10

EVOLUÇÃO:

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: J2833-JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Sexo: masculino Contatos: / 81-986766526
Assulino

Idade: 52a 2m Nascimento: 02/08/1968

Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGÁ -
RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Endereço:

RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGÁ -
RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 14/10/2020

Prontuário: 00502833

Nº Atendimento: 01454615

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE TIBIA, em: 14/10/20 22:10

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERENCIA, em: 14/10/20 22:10

Dr. Marcelo Correia
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 19647

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 16/10/2020 00:59

Nome Paciente:	JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Cód. Paciente:	1119587
Data de Nascimento:	02/08/1968
Sexo:	Masculino
Idade:	52
Senha:	EA0003
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3483045 
SAME:	1119587

Período: 16/10/2020 01:02 - 16/10/2020 01:02

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DE OLIVEIRA - COREN: 203095 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **VERDE - POUCO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, QUEDA DE MOTO, COM IMOBILIZAÇÃO MIE, NEGA DM/ HAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR LEVE RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DE OLIVEIRA - COREN: 203095 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/10/2020 01:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Sexo: MASCULINO
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, N.º 35 - : BAIRRO: CAXANGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE
Idade: 52 Anos 2 Meses 13 Dias
Nasc. 02/08/1968
Contatos: 81. 86766526 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 16/10/2020 00:59
Prontuário: 1119587
Nº. Atendimento: 3483045
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MARINA HIRSCHLE GALINDO

Admissão

Queixa Principal

História Clínica

TRAUMA CONTUSO PERNA ESQ ONTEM.

Exame Físico

DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL PERNA DIR. BOA PERFUSÃO DISTAL.

Observações

RX: FRATURA TIBIA DIR

Conduta

INTERNO P CIR ELETIVA

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797

Hora: 16/10/2020 - 01:41

Dra. Marina Hirschle Galindo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15797
R. Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1119587	7- (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO 02/08/1968
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE SEVERINA BERNARDO DE SOUZA	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 86766526 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA DEPUTADO GODOI, N.º 35 - : BAIRRO: CAXANGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA CONTUSO PERNA ESQ ONTEM. DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL PERNA ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
INTERNO P CIR ELETIVA

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

RX: FRATURA TIBIA ESQ

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA - S829	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS CIRURGICOS NAO ENCONTRADAS NA TABELA DO SUS - 0499999991		
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARATER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 16/10/2020
28- CPF DO CUS 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797		
04047839450		
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41- CBOR
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☒ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 16/10/2020	48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - CÓD ORGÃO EMISSOR			
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			





Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES (1631565)

Data Nascimento: 02/08/1968

52 Anos e 2 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 351574

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 20/10/2020

Serviço:

000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES é portador do diagnóstico:

CID: CID: (S822) FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Permaneceu internado do dia 17/10/2020 a 21/10/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 20/10/2020.

Sugiro mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 20/10/2020.

RETORNO: 16/10 /2020

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07:00HS

MÉDICO: ISAIAS FERNANDES

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

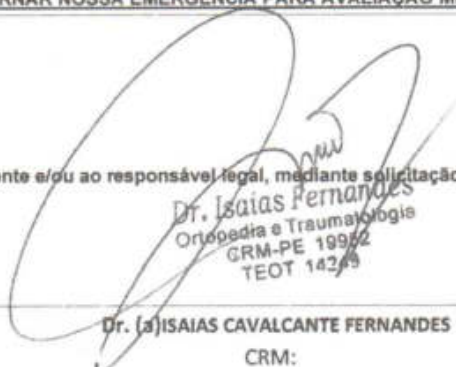
01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 20/10/2020 as 21:37


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19962
TEOT 14249

Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

CRM:





Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (1631565)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Admissão: 351574



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA ESQUERDA

URGIA REALIZADA:

Admitido no dia 17/10/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 20/10/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ISAIAS FERNANDES

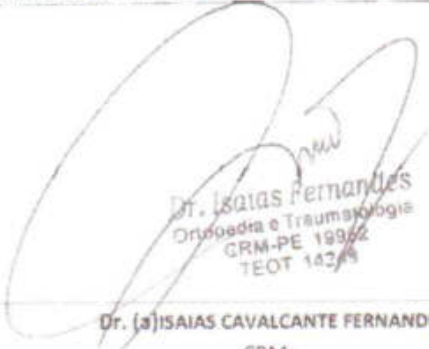
ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 16/10/20 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 60 DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 21/10/2020 as 16:40


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19962
TEOT 1429
Dr. (s) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES
CRM:



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 19/04/2021 12:34

Atendimento: 358715 Entrada: 18/01/2021 Hora: 07:43
RODRIGUES
Plano: SUS - REVISÃO
Responsável:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 700804902945182

Paciente: 1631565 JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Nascimento: 02/08/1968 (52 Anos e 8 Meses)
Endereço: RUA DEPUTADO METODIO GODOY
Bairro: VARZEA C.E.P.: 50980-725
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO LAURINDO GONCALVES
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3706005 - SDS - PE
Telefone: / 986766526
G.Instrução:
Ocupação: ASG
Naturalidade: TRACUNHEM

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 17/10/2020 - 14:27

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI CRM 25331)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOF COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA APÓS ACIDENTE DE MOTO EM 14/10/20. NEGOU ALERGIAS OU COMORBIDADES.

Exame físico:

EDEMA. NV MANTIDO. PELE ÍNTEGRA.

Hipótese diagnóstica:

1) FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - INTERNAMENTO + PREOP	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Getúlio Campos, 100 - Pico do PE

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 19/04/2021 12:34

Atendimento: 358715 Entrada: 18/01/2021 Hora: 07:43
RODRIGUES
Plano: SUS - REVISÃO
Responsavel:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA

Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 700804902945182

Paciente: 1631565 JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Nascimento: 02/08/1968 (52 Anos e 8 Meses)
Endereco: RUA DEPUTADO METODIO GODOY
Bairro: VARZEA C.E.P.: 50980-725
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO LAURINDO GONCALVES
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3706005 - SDS - PE
Telefone: / 986766526
G.Instrução:
Ocupação: ASG
Naturalidade: TRACUNHEM

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 20/10/2020 - 21:34

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI CRM 25331)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES - CRM : 19952

Aux 1: HERMES WAGNER

Anestesista: ELIVELTON ANDRÉ

Instrumentador: EDER / ALDAIR

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

2. FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA CRITERIOSA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO MIPO PROXIMAL E DISTAL, COM FASCIOTOMIA

REDUÇÃO DE FRATURA EM PERNA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, E COLOCAÇÃO DE PLACA 4,5MM EM T 14

FUROS MEDIANTE TÉCNICA EM PONTE E FIXAÇÃO COM 06 PARAFUSOS CORTICAIS

LAVAGEM COM SF 0,9%

SINTESE POR PLANOS COM NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Prosmed

Hospital Memorial Armindo Moura

SAM

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Fone: (81) 3535-2013

Av. Cideto Carneiro, S/N - São Paulo - PE

Página 1 de 2

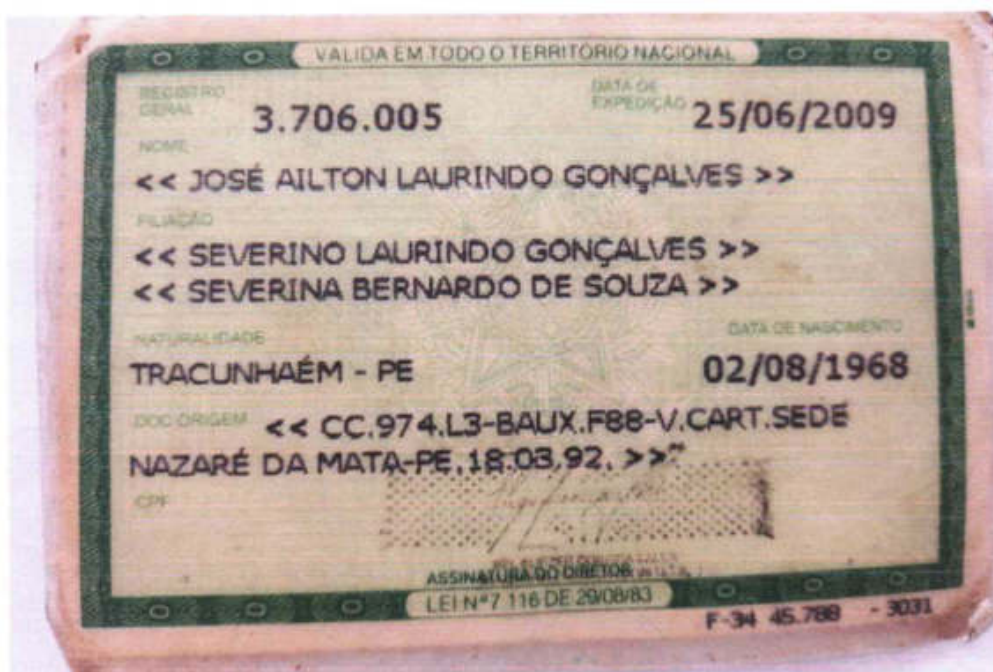


PLACA EM T 4,5MM 14 FUROS - 01 UNIDADE
PARAFUSOS CORTICAIS - 06 UNIDADES

Hospital Memorial Fernando Moura
SAMF
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3535-2013
Av. Clete Campes, 244 - J. 100 - PE

Página 2 de 2









SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO

DATA ON ACCIDENTS

CIVIL RIGHTS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

ACKNOWLEDGMENTS

REPRESENTATIVE LEGAL, CINDI VANTRESCO COV.

ENDREÇO DO PORTADOR

1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 26

5

TELEPHONE ()

MARGUE (x) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

1. O JORNAL CUSTEIO DO OCORRIMENTO É DE SUA AUTORIA (DADE PÚBLICA AUTENTICADA E LEGÍVEL).

1. CARTER, D. R. 1974. The effects of temperature on the growth and development of the European spruce sawfly, *Pristiphora excrucians* (L.). *Canadian Journal of Zoology* 52: 101-106.

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 429–435

© 2014 John Wiley & Sons, Ltd. *J. Polym. Sci. Part A: Polym. Chem.* 52: 123–134, 2014
DOI: 10.1002/pola.23585

Journal of Polymer Science: Part A: Polymer Chemistry, Vol. 42, 1075–1082 (2004)
© 2004 Wiley Periodicals, Inc.

STAFF: J. S. ELIOTT
11000 MCARDLE DR. #1000, COVINGTON, MISSISS. 39003
CITY OF COVINGTON

Copyright © 2007 by John Wiley & Sons, Inc.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

/ - MONTTE - R\$ 13.500,00

- INVALÍDIZ FERNANDINTE - ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A CATEGORIA DO TRABALHADOR E O TIPO DE ACIDENTE
- DESPESAS MÉDICAS (DAMM) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00. REEMBOLSO ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DAS DESPESAS COMPROVADAS

VARIACIÓ DE DESPESAS COMPRENSIVAS

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERAM SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES COMO OS SEGUINTE
- LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DIPVATSGRUPOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR PARA 0800 32 1204
- GRÁTIS SÁB 0800 32 1204

INTERADOR DA DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO

RESPORTS/AVIATION PHOTOGRAPHY BY MARY M. FURBER

0472

Agnes C. Schmitt, D.D.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210104124 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES **Data do acidente:** 14/10/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FASCIOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210104124 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES **Data do acidente:** 14/10/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FASCIOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





12/05/2023

Número: **0045205-15.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2023**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO(A)) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (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
132869218	12/05/2023 12:05	ANEXO 2	Ações processuais\Documento de Comprovação

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES : 710.689.294-72

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: 25/03/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Número do Sinistro: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 23/04/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES : 710.689.294-72

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: 25/03/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

RAIANNE SILVA BARBOSA





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, 12 de Abril de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do Acidente: 14/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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

Pag. 01083/01084 - carta_03 - INVALIDEZ

00050542



Carta nº 16748145





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 Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do Acidente: 14/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001028

Conta: 000000050708-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 710.689.294-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE AILTON LAUNINDO GONÇALVES

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

5 - Nome completo: JOSÉ AILTON LAUNINDO GONÇALVES 6 - CPF: 710.689.294-72
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA DEP. METODIO GODOY 9 - Número: 35 10 - Complemento:
11 - Bairro: CATANGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-725
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 18119866-62024

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 50708 0 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 23 de Março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E2093000175**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/02/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **14/10/2020** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE MATRIZ DA LUZ, 1 - Bairro: TIUMA - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
BRENO SEVOLO CAVALCANTE (OUTRO)
JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: {Usado na geração da ocorrência} , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA Pai: SEVERINO LAURINDO GONÇALVES Data de Nascimento: 2/8/1968 Naturalidade: TRACUNHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3706005/SDS/PE (RG) 71068929472 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Endereço Residencial: RUA DEPUTADO METODIO GODOY, 35 - CEP: - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

BRENO SEVOLO CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): BRENO SEVOLO CAVALCANTE, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCS4821 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, O MESMO VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO O PILOTO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO, PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A VITIMA A CAIR FORTEMENTE AO SOLO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DA CAXANGA, PRONTUARIO 00502833, SENDO TRANSFERIDO PARA



O H.O.F, PRONTUARIO 1119587, E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA, PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, NUMERO DE ADMISSÃO 351574, ONDE OBTVEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/10/2020, CASO AFETO A DELEGACIA DE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE.

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


JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES
(VITIMA)

B.O. registrado por:  ADEILTON PEREIRA GOMES - Matrícula: 159741-8



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: 710.689.294-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE AILTON LAUNINDO GONÇALVES

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

5 - Nome completo: JOSÉ AILTON LAUNINDO GONÇALVES 6 - CPF: 710.689.294-72
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA DEP. METODIO GODOY 9 - Número: 35 10 - Complemento:
11 - Bairro: CATANGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-725
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 18119866-62024

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 50708 0 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 23 de Março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019



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:	11/05/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321010412401
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01028
CONTA: 000000050708

Número da Autenticação

FC5C4CC4492F9F77





AVENIDA CRUZ CARUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20210155053430

Escritório: DOIS IRMAOS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA JOSE MOREIRA
R DEP METODIO GODOY, N. 00035 - CAXANGA RECIFE PE 50980-725
INSCRIÇÃO: 340.352.085.0136.000

Nº Contrato: 6287389

05505343.0

01/2021-2

GRUPO: 18

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 05505343.0

LIGADO	POTENCIAL	3	10/02/2021	REAL /
A16S166530	13/01/2021			

ÁGUA
LEIT. ANT.: 928
LEIT. ATUAL: 939
LEIT. FAT.: 939

CONSUMO: 11

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO

12/2020	16/	A
11/2020	8/	A
10/2020	11/	A
09/2020	15/	A
08/2020	12/	A
07/2020	15/	A
MEDIA	12/ 0	A

PARÂMETROS

TURBIDEZ
COR APARENTE
CLORO RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E.Coli

EXIG. PELA PORT.
MS 2.914/11

126
126
126
126
126

NÚMEROS DE AMOSTRAS

ANÁLISES
REALIZADAS

126
126
126
126
126

ATENDEM A
LEGISLAÇÃO

124
101
126
123
125

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 003 UNIDADES

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

11 M3

VALOR R\$

135,39

FIS	135,39	1,65	9,23
COFINS	135,39	7,60	10,29

VENCIMENTO: 25/02/2021

TOTAL A PAGAR

135,39

FIQUE TRANQUILO: A COMPESA PROTEGE SEUS DADOS, ATENDE A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E TRATA SEUS DADOS PESSOAIS COM ÉTICA E TRANSPARENCIA. SAIBA MAIS EM WWW.COMPESA.COM.BR.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 24/02/2021



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

05505343.0

01/2021-2

25/02/2021

TOTAL A PAGAR

135,39

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Nome: 502833-JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-986766526
Idade: 52a 2m Nascimento: 02/08/1968
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 14/10/2020
Prontuário: 00502833
Nº Atendimento: 01454615
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUARTA-FEIRA, 14 DE OUTUBRO DE 2020 TIPO: TRANSFERÊNCIA ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HOF

SENHA: 6044281

QP:

RELAT ODE QUEDA DE MOTO COM DOR EM PÉ/TNZ ESQUERDO. NEGA TRAU, MANA CABEÇA, DESMAIO, VOMITOS, PERDA DE CONSCIÊNCIA, DOR CERVICAL, TORACICA E ABDOMINAL, em: 14/10/20 22:10

EVOLUÇÃO:

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: J2833-JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Sexo: masculino Contatos: / 81-986766526
Assulino

Idade: 52a 2m Nascimento: 02/08/1968

Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGÁ -
RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Endereço:

RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGÁ -
RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 14/10/2020

Prontuário: 00502833

Nº Atendimento: 01454615

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE TIBIA, em: 14/10/20 22:10

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERENCIA, em: 14/10/20 22:10

Dr. Marcelo Correia
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 19647

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 16/10/2020 00:59

	Nome Paciente: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
	Cód. Paciente: 1119587
	Data de Nascimento: 02/08/1968
	Sexo: Masculino
	Idade: 52
	Senha: EA0003
	Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento: 3483045 
	SAME: 1119587

Período: 16/10/2020 01:02 - 16/10/2020 01:02

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DE OLIVEIRA - COREN: 203095 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **VERDE - POUCO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, QUEDA DE MOTO, COM IMOBILIZAÇÃO MIE, NEGA DM/ HAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR LEVE RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DE OLIVEIRA - COREN: 203095 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/10/2020 01:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Sexo: MASCULINO
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, N.º 35 - : BAIRRO: CAXANGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE
Idade: 52 Anos 2 Meses 13 Dias
Nasc. 02/08/1968
Contatos: 81. 86766526 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 16/10/2020 00:59
Prontuário: 1119587
Nº. Atendimento: 3483045
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MARINA HIRSCHLE GALINDO

Admissão

Queixa Principal

História Clínica

TRAUMA CONTUSO PERNA ESQ ONTEM.

Exame Físico

DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL PERNA DIR. BOA PERFUSÃO DISTAL.

Observações

RX: FRATURA TIBIA DIR

Conduta

INTERNO P CIR ELETIVA

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797

Hora: 16/10/2020 - 01:41

Dra. Marina Hirschle Galindo
Ortopedista e Traumatologista
CRM 15797
Hospital Otávio de Freitas
Recife/PE - 50.050-000





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1119587	7- (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO 02/08/1968
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE SEVERINA BERNARDO DE SOUZA	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 86766526 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA DEPUTADO GODOI, N.º 35 - : BAIRRO: CAXANGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA CONTUSO PERNA ESQ ONTEM. DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL PERNA ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
INTERNO P CIR ELETIVA

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

RX: FRATURA TIBIA ESQ

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA - S829	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS CIRURGICOS NAO ENCONTRADAS NA TABELA DO SUS - 0499999991		
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARATER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 16/10/2020
28- CPF DO CNEP 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797		
04047839450		
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41- CBOR
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☒ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - CÓD ORGÃO EMISSOR	16/10/2020		
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			





Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES (1631565)

Data Nascimento: 02/08/1968

52 Anos e 2 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 351574

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 20/10/2020

Serviço:

000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES é portador do diagnóstico:

CID: CID: (S822) FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Permaneceu internado do dia 17/10/2020 a 21/10/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 20/10/2020.

Sugiro mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 20/10/2020.

RETORNO: 16/10 /2020

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07:00HS

MÉDICO: ISAIAS FERNANDES

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

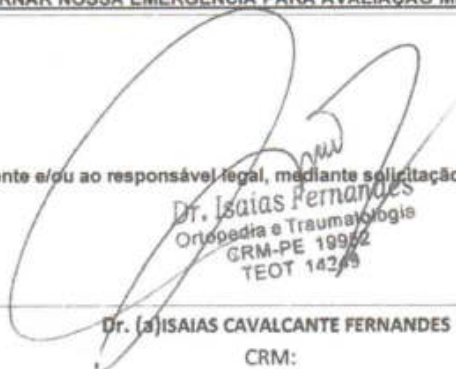
01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 20/10/2020 as 21:37


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19962
TEOT 14249

Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

CRM:





Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (1631565)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Admissão: 351574



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA ESQUERDA

URGIA REALIZADA:

Admitido no dia 17/10/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 20/10/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ISAIAS FERNANDES

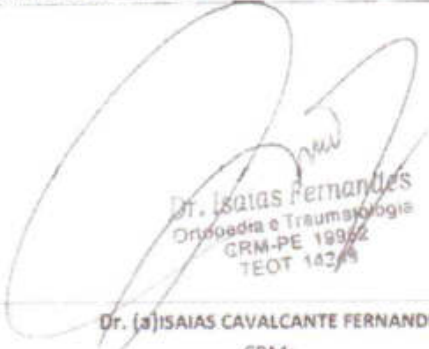
ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 16/10/20 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 60 DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 21/10/2020 as 16:40


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19962
TEOT 1428
Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES
CRM:



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 19/04/2021 12:34

Atendimento: 358715 Entrada: 18/01/2021 Hora: 07:43
RODRIGUES
Plano: SUS - REVISÃO
Responsável:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700804902945182

Paciente: 1631565 JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Nascimento: 02/08/1968 (52 Anos e 8 Meses)
Endereço: RUA DEPUTADO METODIO GODOY
Bairro: VARZEA C.E.P.: 50980-725
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO LAURINDO GONCALVES
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3706005 - SDS - PE
Telefone: / 986766526
G.Instrução:
Ocupação: ASG
Naturalidade: TRACUNHEM

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 17/10/2020 - 14:27

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI CRM 25331)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOF COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA APÓS ACIDENTE DE MOTO EM 14/10/20. NEGOU ALERGIAS OU COMORBIDADES.

Exame físico:

EDEMA. NV MANTIDO. PELE ÍNTEGRA.

Hipótese diagnóstica:

1) FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - INTERNAMENTO + PREOP	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Getúlio Campos, 100 - Povoado - PE

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 19/04/2021 12:34

Atendimento: 358715 Entrada: 18/01/2021 Hora: 07:43
RODRIGUES
Plano: SUS - REVISÃO
Responsável:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA

Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 700804902945182

Paciente: 1631565 JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Nascimento: 02/08/1968 (52 Anos e 8 Meses)
Endereço: RUA DEPUTADO METODIO GODOY
Bairro: VARZEA C.E.P.: 50980-725
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO LAURINDO GONCALVES
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3706005 - SDS - PE
Telefone: / 986766526
G.Instrução:
Ocupação: ASG
Naturalidade: TRACUNHEM

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 20/10/2020 - 21:34

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI CRM 25331)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES - CRM : 19952

Aux 1: HERMES WAGNER

Anestesista: ELIVELTON ANDRÉ

Instrumentador: EDER / ALDAIR

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

2. FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA CRITERIOSA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO MIPO PROXIMAL E DISTAL, COM FASCIOTOMIA

REDUÇÃO DE FRATURA EM PERNA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, E COLOCAÇÃO DE PLACA 4,5MM EM T 14

FUROS MEDIANTE TÉCNICA EM PONTE E FIXAÇÃO COM 06 PARAFUSOS CORTICAIS

LAVAGEM COM SF 0,9%

SINTESE POR PLANOS COM NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Prosmed

Hospital Memorial Armindo Moura

SAM

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Fone: (81) 3535-2013

Av. Cideto Carneiro, S/N - São Paulo - PE

Página 1 de 2

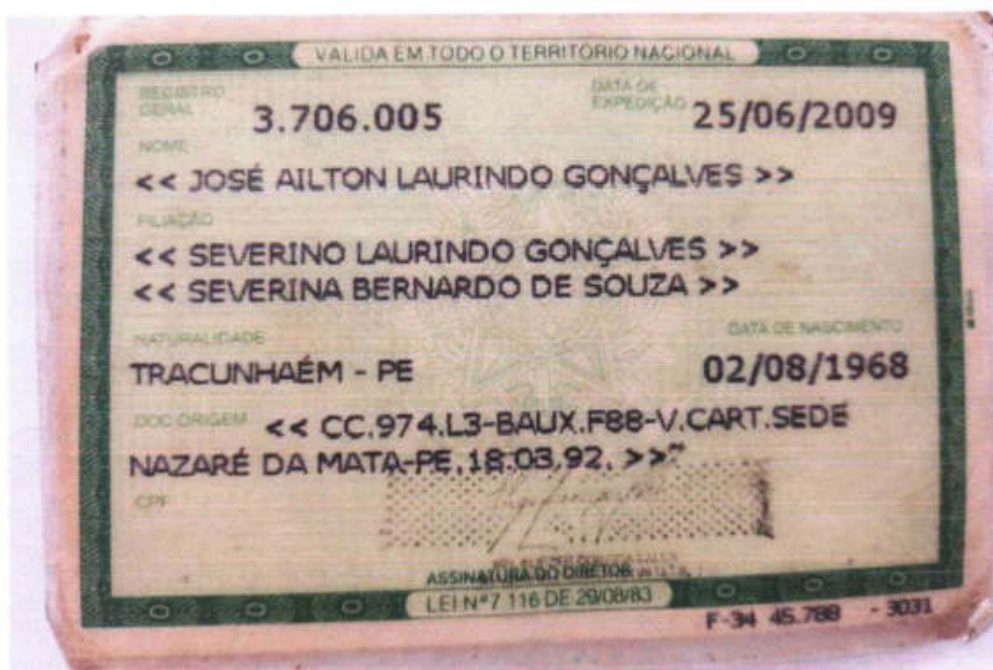


PLACA EM T 4,5MM 14 FUROS - 01 UNIDADE
PARAFUSOS CORTICAIS - 06 UNIDADES

Hospital Memorial Fernando Moura
SAMF
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Clete Campes, 244 - J. 100 - PE

Página 2 de 2







[illegible]

of the inverse of the product of the two elements, and the inverse of the product of the two elements is the product of the two inverses.

ONS. IL CORRELATIVO LEGALE E QUELLO NECESSARIO A TUTTA RAGIONE PER IL SUO STATO.

When can I have my first drink?

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210104124 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES **Data do acidente:** 14/10/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FASCIOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210104124 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES **Data do acidente:** 14/10/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FASCIOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

