



Número: **0030066-62.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ROBERTO DOS SANTOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53370626	04/11/2019 13:22	2621023_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00300666220198172001

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 30 de outubro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2019 13:22:02
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110413220235800000052517962>
Número do documento: 19110413220235800000052517962



04/11/2019

Número: **0030066-62.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ROBERTO DOS SANTOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53370629	04/11/2019 13:22	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular com limitação da flexão e da extensão do punho direito e diminuição da força do punho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (11/2018).

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

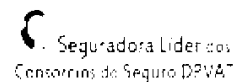
CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373821/18

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 666.640.554-49

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ROBERTO DOS SANTOS : 666.640.554-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 666.640.554-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180480418**

Vítima: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **14/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180480418**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13482915

Pag. 00473/00474 - carta_01 - INVALIDEZ

00020237



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180480418
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Data do Acidente: 14/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180480418**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00643/00644 - carta_03 - INVALIDEZ

00020322



Carta nº 13496183



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Sinistro: 3180480418

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180480418** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00961/00962 - carta_02 - INVALIDEZ

00060481



Carta nº 13676508





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

666-640-554-49

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE ROBERTO DOS SANTOS		CPF titular da conta 666-640-554-49	Profissão VISTO P.C.
Endereço RUA		Número	Complemento CASA
Bairro	Cidade JARDIM	Estado RJ	CEP
Email			Telefone (DDD) 8199634-5863

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1232 D/V 7 CONTA NRO. 0059460 D/V 1
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JARDIM de JARDIM de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC
DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0109005316**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/08/2018** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2018** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE IPOJUCA, 1** Bairro: **CENTRO** -
IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO AO HOSPITAL DE**
IPOJUCA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL (CACHORRO) : AUTOR : AGENTE :
JOSE ROBERTO DOS SANTOS : VITIMA :

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ROBERTO DOS SANTOS

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

JOSE ROBERTO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: GELSICLIADA SILVA SANTOS Pai: **JOSE EUGENIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/10/1973** Nacionalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3834844/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares: **- 81986184777**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MURIBECA DOS GUARARAPES (BAIRRO), 35, 1ª TRAV FLOR DO MILHO CASA "A" - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIMAL (CACHORRO) (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: INESISTENTE Pai: **INESISTENTE** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA DE MARCA HONDA MOD TITAN 150CC DE PLACA PEI 4832 DE COR AZUL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa **PEI4832** - PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO:
Ano Fabricação/Modelo **2012/2012** Combustível **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE: TRABALHA COMO MOTOTAXI E FREQUENTEMENTE FAZ UMA VIAGEM COM UM CLIENTE PARA A CIDADE DE IPOJUCA, NO REFERIDO DIA QUANDO A VITIMA JA ESTAVA VOLTANDO POR VOLTA DAS 17:30H, EM UMA VIA PROXIMO O HOSPITAL DE IPOJUCA, DE FORMA REPENTINA UM ANIMAL (CACHORRO) PASSOU EM SUA FRENTE VINDO A VITIMA JUNTAMENTE COM SEU CLIENTE DE NOME ALDO, QUE ESTAVA NA GARUPA A BATER NO ANIMAL SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO SOFRENDO A VITIMA ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, E SEU CLIENTE SO ESCORIAÇÕES A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR QUE ESTAVA PASSANDO PELO LOCAL ATÉ A UNIDADE HOSPITALAR MAIS PROXIMA DE FOI PARA A UPA DE IPOJUCA EM SEGUIDA TRANFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS AGUARDANDO VAGA PARA CIRURGIA QUE SO FOI REALIZADA NA SANTA CASA DE MISERICORDIA, SEM MAIS.

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

JOSE ROBERTO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WILSON CÍCERO DE SOUZA - MAT. 273675-6** - Matrícula: **273675-6**

Imprimir



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

SE ROBERTO DOS SANTOS

CPF da Vítima

666.46.551-41

Data do Acidente

12/12/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Assinado digitalmente de 12/12/2015 de 2015

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01232-7

CONTA: 000000059460-1

Nr. Autenticação

BRADESCO191220180500000000002370123200000005946084375 PAGO





CTC RECIFE PE PE
JOSE ROBERTO DOS SANTOS
R MARIA HELENA 160
CAJUEIRO SECO
54330-610 JABOATAO DOS GUARARAPES



7209036539796210000000029830298302

Scanned by CamScanner



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 290211 Prontuário: 506948

Nome: RAYSL RODRIGUEZ DOS SANTOS Data Nasc: 08/11/1973 Idade: 44 Sexo: MASCULINO Cor: PARDIA Religião: CNP: RG: CPF: Endereço: RUA FLOR DO MILHO Bairro: JARDIM PARAIPIRÁS Cidade: JARDIM DOS GUARARAPIS Nº: 05 Estado: PE

Profissão: Celular Fone: 03199-0100 Acompanhante: Nome da Mãe: GLEISI ALBA SILVA SANTOS

Nome do Conjugue: CAMELIA ORTIZ PEREIRA TRAVASSOS

2 - ATENDIMENTO Data: 05/08/2018 02:15 Médico: MEDICO PLANTONISTA

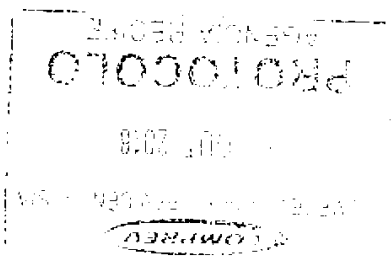
Exame Principal / HDV: Paciente com trauma abdominal, vítima de acidente de trânsito, apresentando dor abdominal e hematuria.

Exame Físico: PA: 120/80 FC: 90 FR: 18

Diag. Provisorio: Lesão abdominal, suspeita de ruptura de baço e hemorragia interna.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2019 13:22:02

PROTÓCOLO
11 OUT 2018
AGÊNCIA RECEBE



Excmo. Sr. Juiz de Direito
Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
1ª Câmara de Direito Privado
Rua do Ouvidor, 100 - Centro - São Paulo - SP
CEP: 01000-000
Fone: (11) 3363-3300
Fax: (11) 3363-3301
E-mail: stj@tjsp.jus.br
Site: www.tjsp.jus.br

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

15 08 2018 02:21

Nome Paciente: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Cod. Paciente: 506948

Data de Nascimento: 10-10-1973

Sexo: Masculino

Idade: 44

Senha: FN0304

Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO

Atendimento: 796971



15 08 2018 02:21 - PRISCILAFIC - COREN: 318381 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Classificação

VERDE - POUCO URGENTE

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO O COM HISTÓRICO DE QÜEDA DE MOTO, NO FINAL DA TARDE DE HOJE, SEGUNDO ENCAMINHAMENTO, HOJE FRATURA EM CABEÇA DE RADIO-ULNA FOM MEDICADO NO HOSPITAL DE ORIGEM.

Atualização:

NEGA HAS FOM
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
PRÉVIO RECENTES

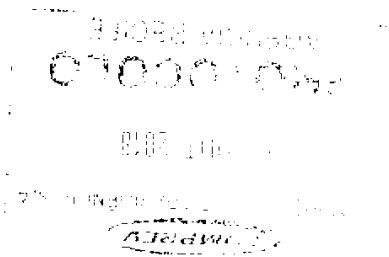
Paciente atualizado:

Exatidão:

CONFERIR FRATURA RADIO-ULNA

Atendimento:

Situação Atual:



Acolhido(a) por: PRISCILAFIC

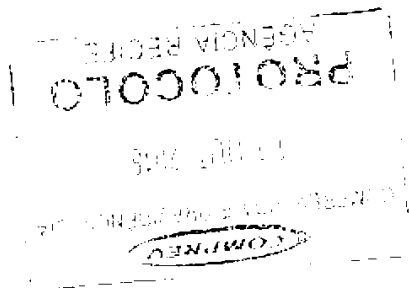
Data: 15 08 2018 02:21

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



[illegible]



Recife, 13 de Setembro 2018

Rafael Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 234946-F

(20) sessões de fisioterapia

Paciente: José Roberto Dos Santos

Vítima de acidente de trânsito no dia 20 de Agosto de 2018, apresentando diagnóstico de fratura da extremidade distal do rádio. Apresenta os seguintes sinais: Sensibilidade local, dor a palpação e ao movimento, déficit de ADM e de força, edema, rigidez articular.

Resultados de movimentos: Flexão, extensão e rotação.

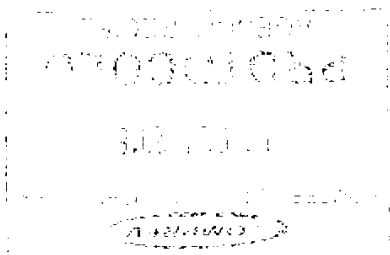
Com ênfase principal em: cinesioterapia + eletroterapia.

Espera do tratamento: eliminação do quadro agudo e ganho de ADM.

Condução atualizada: cinesioterapia + eletroterapia.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPÊUTICA





Leonardo Pinheiro
Ouro Preto
Trabalha em São Paulo
com 10 anos de experiência

CRM: 17884
Médico Responsável: DR. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO

Condição de Alta: Melhorado Tipo de Alta: Médica

- 1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA COM 08 DIAS, ÀS 07:00H (MARCAR ANTES);
- 2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRÚRGICA;
- 3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;
- 4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRCULÇÃO APROPRIAR ADEQUADO EM UPA;
- 5) REALIZAR RAIOS-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REV. SÃO

Orientação: ENFERMARIA SÃO LUÍZ
Unidade: 20-08/2018 10:27
Admissão: 23/08/2018 09:18
Tempo: 00:00:00

Diagnóstico: Principais: SS25 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Operado SEM INTERCORRÊNCIAS

Evolução / Conduta: FRATURA EM PUNHO DIREITO POR TRAUMA

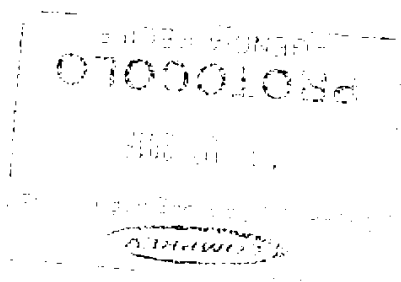
Admissão:

Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Sexo: Masculino
Dt. Nasc.: 10/10/1973
Conv.: RETAGUARDA GETULIO
Idade: 44
Admissão: 20/08/2018 10:21
Alta: 23/08/2018 09:18

Relatório Médico de Alta

Casa de Recife





Leonardo Carvalho
Fisioterapia SA
CRM: 17884

DR. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Obs:

CID: S525 + M256

Fisioterapia: 20 sessões.

Prescrevo:

NOME: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
DATA: 29/08/2018

PRESCRIÇÃO FISIOTERAPIA

MARCAR EM
POSTO DE
SAUDE

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: FAXB 3412-3800 - Email: sta-casa@santacasa-recife.org.br
Site: www.santacasa-recife.org.br

SANTA CASA
1111 1111 1111 1111 1111





Relatório Médico de Alta

Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Regi: 556006
Pront: 1142971
Sexo: Masculino
Conv: RETAGUARDA GETULIO
Idade: 45
Admissão: 20/08/2018 10:27
Alta: 23/08/2018 09:18

Admissão: FRATURA EM PUNHO DIREITO POR TRAUMA

Evolução / Conduta

OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico

822.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RAO O

Internação

Unidade	Admissão	Alta / Transferência	Término
ENFERMARIA SÃO LUZ	20 DE 08/18 10:27	23 DE 08/18 09:18	5 dias

Orientação

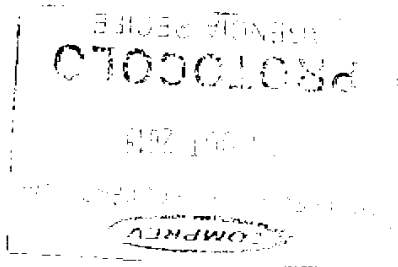
- 1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA COM 03 DIAS - AS 07 COMINAR COM ANTES
- 2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO - APENAS NA REVISÃO CIRURGICA
- 3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS
- 4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA - PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA
- 5) REALIZAR RAO-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: DR. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 1/884



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2019 13:22:02

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 15/08/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 15/08/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Sr. Roberto do Smith	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE Fratura de rádio	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS) - tratamento cirúrgico (osteossíntese c/ placa/pino + placa)	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

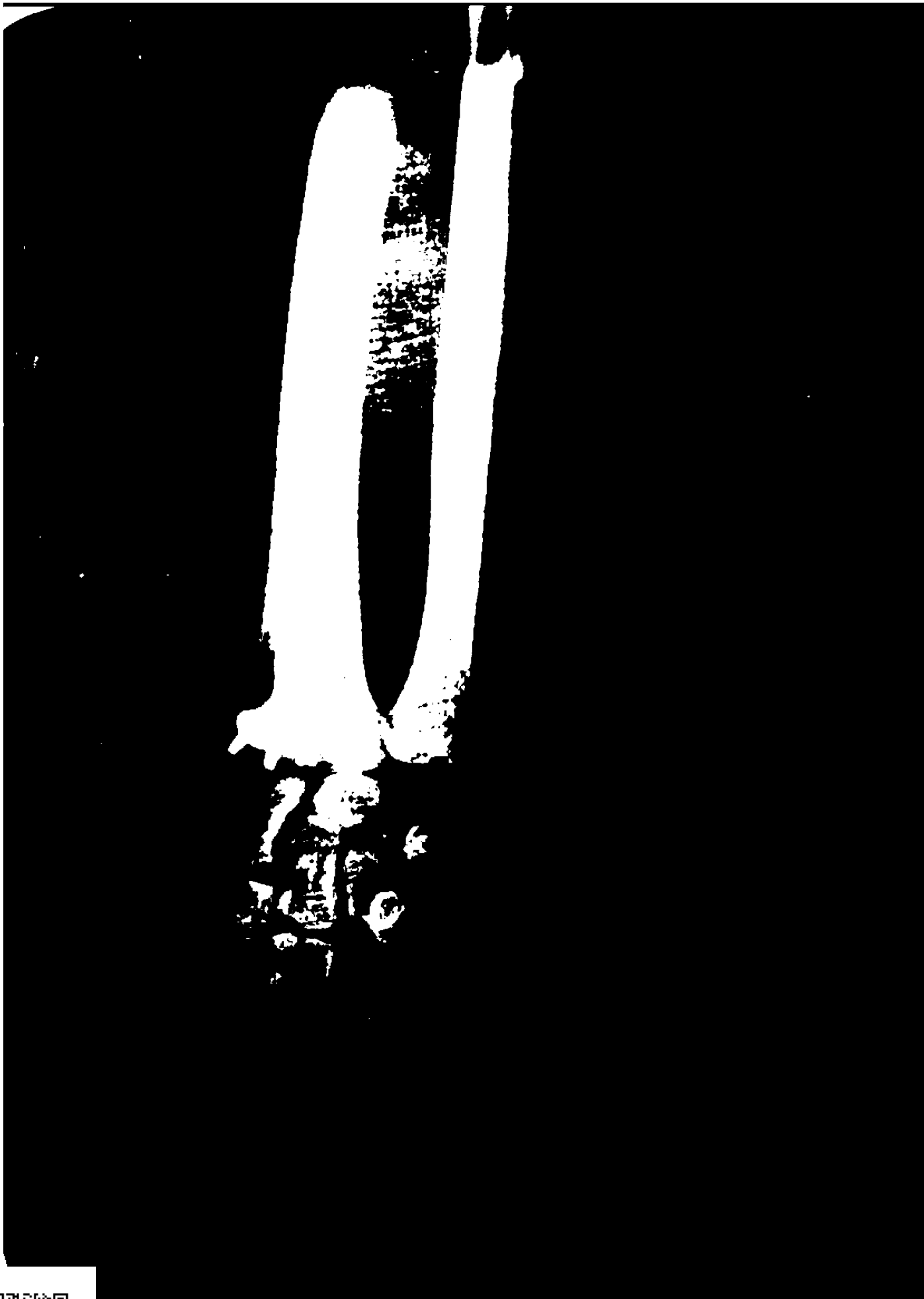
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º dor local + déficit de força e de mobilidade - 100%
2º -
3º -
4º -
5º -

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 15/08/18 A 23/08/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Dr. Jorge Arquivo Pontes
Clínica Geral
Mat. 2325381 - CRM: 8.206







INSTITUTO DE REABILITACAO E SEGURANCA
 DEPARTAMENTO DE REABILITACAO E SEGURANCA
 DEPARTAMENTO DE REABILITACAO E SEGURANCA

NOME: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
 10140044 DOB RF
 656.643.554-49 30/10/1973
 JOSE EUGENIO DOS SANTO
 S
 DE MARIA DA LINDA SANTO
 DO
 10140044 DOB RF
 656.643.554-49 30/10/1973
 OBSERVACAO
 KAD
 UNTE
 ONCE
 ASSINATURA DO GARANTE: [Assinatura]
 10140044 DOB RF
 656.643.554-49 30/10/1973
 PERNAMBUCO





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180480418

Nome do(a) Examinado(a): JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria Helena, 160 - Jaboatão dos
Guararapes/PE - CEP 54330-610

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 3834944 - sds-pe - 26/07/2017

Data e Local do Acidente : 14/08/2018 - Ipojuca, PE

Data e Local do Exame : 13/12/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de radio distal direito

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

Tratado cirurgicamente com placa e parafusos, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

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

vítima com cicatriz cirurgica, bloqueio articular do punho direito, com flexão a 50
graus, extensão a 40 graus, deficit de força leve. Sem prejuizo no movimento
de preensão

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

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

limitação de grau leve do punho direito, com bloqueio articular

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal**



permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() "Vítima em tratamento" Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

punho direito

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

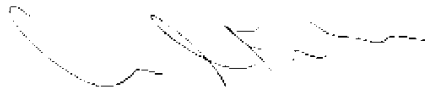
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular com limitação da flexão e da extensão do punho direito e diminuição da força do punho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (11/2018).

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

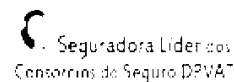
CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373821/18

Número do Sinistro: 3180480418

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 666.640.554-49

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 666.640.554-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA





Número: **0030066-62.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ROBERTO DOS SANTOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53370630	04/11/2019 13:22	ANEXO 2	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular com limitação da flexão e da extensão do punho direito e diminuição da força do punho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (11/2018).

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

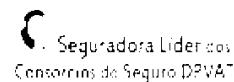
CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373821/18

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 666.640.554-49

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ROBERTO DOS SANTOS : 666.640.554-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 666.640.554-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180480418**

Vítima: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **14/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180480418**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13482915

Pag. 00473/00474 - carta_01 - INVALIDEZ

00020237



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180480418
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Data do Acidente: 14/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180480418**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00643/00644 - carta_03 - INVALIDEZ

00020322



Carta nº 13496183



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Sinistro: 3180480418

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180480418** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00961/00962 - carta_02 - INVALIDEZ

00060481



Carta nº 13676508



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

666-640-554-49

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE ROBERTO DOS SANTOS		CPF titular da conta 666-640-554-49	Profissão VISTO R.C.
Endereço RUA		Número	Complemento CASA
Bairro	Cidade JARDIM	Estado RJ	CEP
Email			Telefone (DDD) 8199634-5863

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRANCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1232 D/V 7
 CONTA NRO. 0059460 D/V 1
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____
 AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____
 CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JARDIM de JARDIM de 2018

Local e Data

Jose Roberto dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC
DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0109005316**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/08/2018** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2018** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE IPOJUCA, 1** Bairro: **CENTRO** -
IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO AO HOSPITAL DE**
IPOJUCA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL (CACHORRO): AUTOR (AGENTE):
JOSE ROBERTO DOS SANTOS (VITIMA):

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ROBERTO DOS SANTOS

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

JOSE ROBERTO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GELSICLIADA SILVA SANTOS** Pai: **JOSE EUGENIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/10/1973** Nacionalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3834844/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares: **- 81986184777**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MURIBECA DOS GUARARAPES (BAIRRO), 35, 1ª TRAV FLOR DO MILHO CASA "A" - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIMAL (CACHORRO) (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **INESISTENTE** Pai: **INESISTENTE** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA DE MARCA HONDA MOD TITAN 150CC DE PLACA PEI 4832 DE COR AZUL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa **PEI4832** - PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO:
Ano Fabricação/Modelo **2012/2012** Combustível **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE: TRABALHA COMO MOTOTAXI E FREQUENTEMENTE FAZ UMA VIAGEM COM UM CLIENTE PARA A CIDADE DE IPOJUCA, NO REFERIDO DIA QUANDO A VITIMA JA ESTAVA VOLTANDO POR VOLTA DAS 17:30H, EM UMA VIA PROXIMO O HOSPITAL DE IPOJUCA, DE FORMA REPENTINA UM ANIMAL (CACHORRO) PASSOU EM SUA FRENTE VINDO A VITIMA JUNTAMENTE COM SEU CLIENTE DE NOME ALDO, QUE ESTAVA NA GARUPA A BATER NO ANIMAL SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO SOFRENDO A VITIMA ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, E SEU CLIENTE SO ESCORIAÇÕES A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR QUE ESTAVA PASSANDO PELO LOCAL ATÉ A UNIDADE HOSPITALAR MAIS PROXIMA DE FOI PARA A UPA DE IPOJUCA EM SEGUIDA TRANFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS AGUARADANDO VAGA PARA CIRURGIA QUE SO FOI REALIZADA NA SANTA CASA DE MISERICORDIA, SEM MAIS.

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

JOSE ROBERTO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WILSON CÍCERO DE SOUZA - MAT. 273675-6** - Matrícula: **273675-6**

Imprimir



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

SE ROBERTO DOS SANTOS

CPF da Vítima

666.46.551-41

Data do Acidente

12/12/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Assinado digitalmente de 12/12/2015 de 2015

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01232-7

CONTA: 000000059460-1

Nr. Autenticação

BRADESCO191220180500000000002370123200000005946084375 PAGO





CTC RECIFE PE PE
JOSE ROBERTO DOS SANTOS
R MARIA HELENA 160
CAJUEIRO SECO
54330-610 JABOATAO DOS GUARARAPES



7209036539796210000000029832191315

Scanned by CamScanner



1544

NAME: _____

Data Model: 1011197

CPF RG.

Endereço: Rua F. OR. JO PINHO

5444 J. Neurosci., November 11, 2009 • 29(45):5439–5444

[illegible]

— **Экономика**

Nome da Mãe: GILSON A DA SILVA SAN

Source: *Journal of the Royal Statistical Society*, 1997, 160, 1, 111-127.

6

2 - ATENDIMENTO

Date: 15/08/2018 02:5

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Profissão:

Cellular

0000-0001-9110-7176

Cidade: JARBOATAO DOS GUARARAPES

Estadofre

SC 10N

CNS:

Cor: 134513A

ON 170944

Sex:

11-00000

SOLNVS COD 018BROZ- 19.77 00000

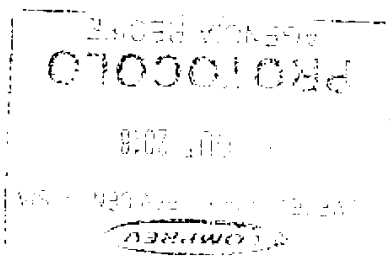
1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

OH

3:22:02 Num. 5

0000052517966

Num. 53370630 - Pág. 15



Excmo. Sr. Juiz de Direito
Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
1ª Câmara de Direito Privado
Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP
CEP: 01010-000
Fone: (11) 3363-3300
Fax: (11) 3363-3301
E-mail: stj@tjsp.jus.br
Site: www.tjsp.jus.br

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

15 08 2018 02:21

Nome Paciente: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Cod. Paciente: 506948

Data de Nascimento: 10/10/1973

Sexo: Masculino

Idade: 44

Senha: FN0304

Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO

Atendimento: 796971



15 08 2018 02:21 - PRISCILAFIC - COREN: 318381 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Classificação

VERDE - POUCO URGENTE

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO O COM HISTÓRICO DE QÜEDA DE MOTO, NO FINAL DA TARDE DE HOJE, SEGUNDO ENCAMINHAMENTO, HOJE FRATURA EM CABEÇA DE RADIO-ULNA FOM MEDICADO NO HOSPITAL DE ORIGEM.

Atualização

NEGA HAS FOM

NEGA ALERGIA

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Paciente atualizado

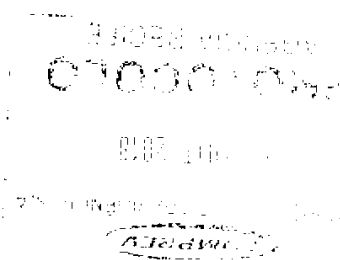
PARTE RECENTE

Exatidão

CONHECE FRATURA DO RADIO-ULNA

Atendimento

Sócio Avaliador



Acolhido(a) por: PRISCILAFIC

Data: 15 08 2018 02:21

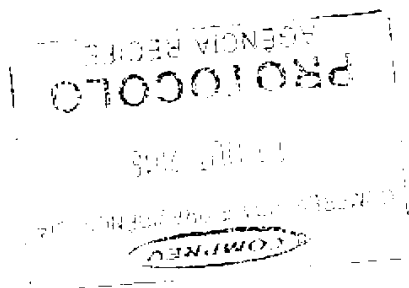
Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



		DATA		
		HORA		
CLINICA:				
NOME:				
EVALUACAO				
LEITO:	ENF:			





Recife, 13 de Setembro 2018

Rafael Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 234946-F
(20) sessões de fisioterapia

Paciente: José Roberto Dos Santos

Vítima de acidente de trânsito no dia 20 de Agosto de 2018, apresentando diagnóstico de fratura da extremidade distal do rádio. Apresenta os seguintes sinais: Sensibilidade local, dor a palpação e ao movimento, déficit de ADM e de força, edema, rigidez articular.

Resultados de movimentos: Flexão, extensão e rotação.

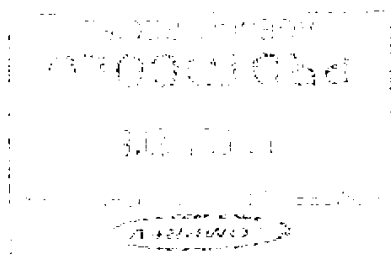
Com ênfase principal em: cinesioterapia + eletroterapia.

Espera do tratamento: eliminação do quadro agudo e ganho de ADM.

Condução atualizada: cinesioterapia + eletroterapia.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPÊUTICA





Leonardo Pinheiro
Ouro Preto
Trabalha no Pixeon
com o nº 1343

Médico Responsável: DR. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Condição de Alta: Melhorado **Tipo de Alta:** Médica

- 1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA COM 08 DIAS, ÀS 07:00H (MARCAR ANTES);
- 2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRÚRGICA;
- 3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;
- 4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA;
- 5) REALIZAR RAIOS-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REV. SÃO

Orientação
ENFERMARIA SÃO LUIZ
Unidade
Interação
Admissão: 20/08/2018 10:27
Ata/transferência: 23/08/2018 09:18
Tempo: 03:51

Diagnóstico: S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Evolução / Conduta: FRATURA EM PUNHO DIREITO POR TRAUMA

Admissão

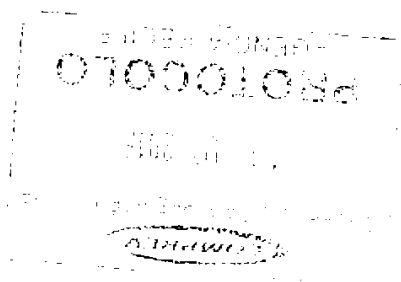
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Regi: 5988006
Sexo: Masculino
DT. Nasc: 10/10/1973
Conv: RETAGUARDA GETULIO
Idade: 44
Admissão: 20/08/2018 10:21

Alta: 23/08/2018 09:18

Relatório Médico de Alta

Casa de Recife





Leonardo Carvalho
CRM: 17884

DR. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Obs:

CID: S525 + M256

Fisioterapia: 20 sessões.

Prescrevo:

NOME: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
DATA: 29/08/2018

PRESCRIÇÃO FISIOTERAPIA

MARCAR EM
POSTO DE
SAÚDE

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 - Email: sta-casa@santacasa-recife.org.br
Site: www.santacasa-recife.org.br

SANTA CASA
1111 1111 1111 1111 1111 1111





Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Regi: 556006
Pront: 1142971
Sexo: Masculino
Conv: RETAGUARDA GETULIO
Idade: 45
Admissão: 20/08/2018 10:27
Alta: 23/08/2018 09:18

Admissão: FRATURA EM PUNHO DIREITO POR TRAUMA

Evolução / Conduta

OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico

822.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RAO

Internação

Unidade	Admissão	Alta / Transferência	Término
ENFERMARIA SÃO LUZ	20 DE 2018 10:27	23 DE 2018 09:18	3 dias 8h

Orientação

- 1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA COM 03 DIAS - AS 07 COMINAR COM ANTES
- 2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO - APENAS NA REVISÃO CIRURGICA
- 3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS
- 4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA - PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA
- 5) REALIZAR RAO-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO

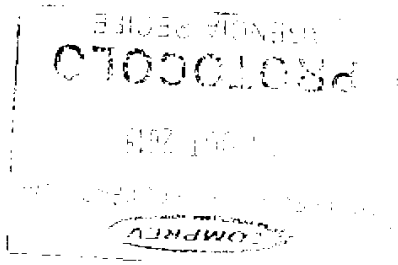
Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: DR. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 1/884

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2019 13:22:02



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 15/08/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 15/08/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Dr. Roberto do Smith	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE Fratura de rádio	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS) - tratamento cirúrgico (osteossíntese c/ placa/pino + placa)	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

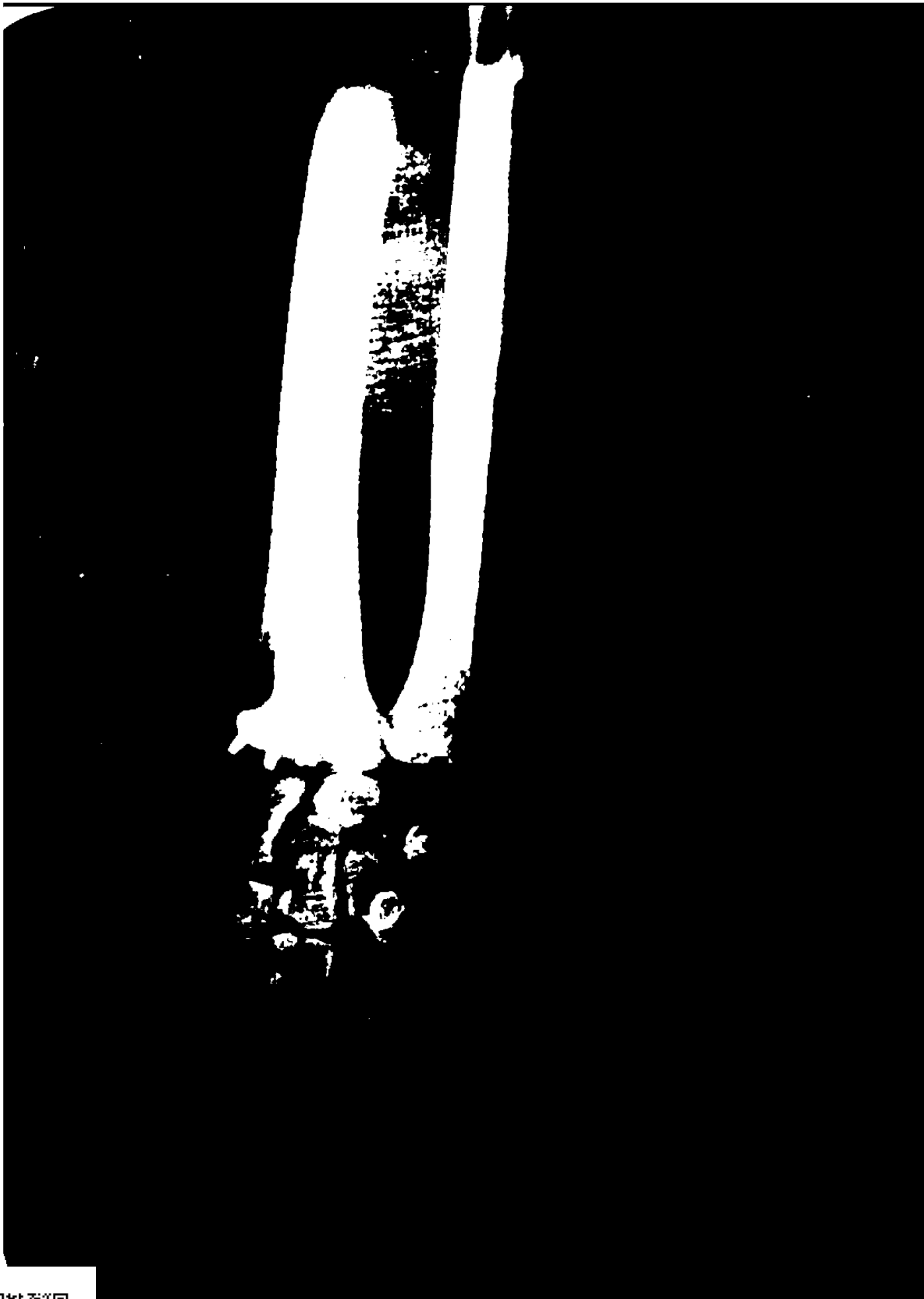
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	do local + déficit de força e de mobilidade - 100%
2º	-
3º	-
4º	-
5º	-

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 15/08/18 A 23/08/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Dr. Jorge Arquivo Pontes
Clínica Geral
Mat. 2325381 - CRM: 8.206







JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS

1074068 DOB BY
646.640.556-49 30/10/1973

JOSÉ EUGENIO DOS SANTO
S
GE GILIA DE LIMA SANTO
DS

OBSERVADOR
KAM
INTE
CONF

partido de 100

REGISTADO POR CHARALANQUE IN 30/07/2017

PERNAMBUCO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180480418

Nome do(a) Examinado(a): JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria Helena, 160 - Jaboatão dos
Guararapes/PE - CEP 54330-610

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 3834944 - sds-pe - 26/07/2017

Data e Local do Acidente : 14/08/2018 - Ipojuca, PE

Data e Local do Exame : 13/12/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de radio distal direito

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

Tratado cirurgicamente com placa e parafusos, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

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

vítima com cicatriz cirurgica, bloqueio articular do punho direito, com flexão a 50
graus, extensão a 40 graus, deficit de força leve. Sem prejuizo no movimento
de preensão

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

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

limitação de grau leve do punho direito, com bloqueio articular

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal**



permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() "Vítima em tratamento" Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

punho direito

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

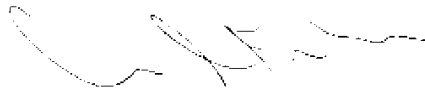
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 14/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular com limitação da flexão e da extensão do punho direito e diminuição da força do punho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (11/2018).

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

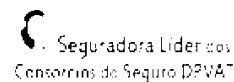
CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373821/18

Número do Sinistro: 3180480418

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 666.640.554-49

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 666.640.554-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

