



Número: **0085130-57.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARTA MARIA DOS SANTOS (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56499698	15/01/2020 16:08	<a href="#">2685943_CONTESTACAO_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 32ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00851305720198172001

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

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

**TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**, empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **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 **MARTA MARIA DOS SANTOS**, 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 **27/06/2019**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 26/07/2019.**

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista que a parte autora se encontra em tratamento médico, sendo impossível, no momento, verificar a existência de lesão permanente.

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



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<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>.

#### **DO INDEFERIMENTO DA INICIAL**

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

#### **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 a indenização.

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[1] 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;



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<sup>3</sup>.

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

#### **DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

#### **DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

<sup>3</sup>“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)



Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>4</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>5</sup>.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

**Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**

**Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

<sup>4</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

### **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<sup>6</sup>.

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<sup>7</sup>

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**

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme 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:

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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



- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 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, 13 de janeiro de 2020.

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



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



### 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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARTA MARIA DOS SANTOS**, em curso perante a **32ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00851305720198172001.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2020.

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

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





Número: **0085130-57.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARTA MARIA DOS SANTOS (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56499699	15/01/2020 16:08	<a href="#">ANEXO 1</a>	Laudo Pericial

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marta Maria dos Santos

RG nº 7.436.088, data de expedição 12 / 11 / 03, Órgão SDSIPE,

CPF nº 962.483.004-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila São Francisco</u>
Número	<u>32</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Carpina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55810-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>marello.araujo@netmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina, 09/08/2019

Assinatura do Declarante: Marta Maria dos Santos

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/08/19





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
VI SÃO FRANCISCO 10

**CLASSIFICAÇÃO**  
III - RESERVA  
BOMAS RINDA COMUM

NOTA CONTRATO	MESIANO
7030504970	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EXATIDÃO
30/07/2019	22/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	31,06

DATA DE EMISSÃO	DATA DE RECEBIMENTO	VALOR RECEBIDO
01/01/2010	01/01/2010	100,00
02/01/2010	02/01/2010	100,00
03/01/2010	03/01/2010	100,00
04/01/2010	04/01/2010	100,00
05/01/2010	05/01/2010	100,00
06/01/2010	06/01/2010	100,00
07/01/2010	07/01/2010	100,00
08/01/2010	08/01/2010	100,00
09/01/2010	09/01/2010	100,00
10/01/2010	10/01/2010	100,00
11/01/2010	11/01/2010	100,00
12/01/2010	12/01/2010	100,00
13/01/2010	13/01/2010	100,00
14/01/2010	14/01/2010	100,00
15/01/2010	15/01/2010	100,00
16/01/2010	16/01/2010	100,00
17/01/2010	17/01/2010	100,00
18/01/2010	18/01/2010	100,00
19/01/2010	19/01/2010	100,00
20/01/2010	20/01/2010	100,00
21/01/2010	21/01/2010	100,00
22/01/2010	22/01/2010	100,00
23/01/2010	23/01/2010	100,00
24/01/2010	24/01/2010	100,00
25/01/2010	25/01/2010	100,00
26/01/2010	26/01/2010	100,00
27/01/2010	27/01/2010	100,00
28/01/2010	28/01/2010	100,00
29/01/2010	29/01/2010	100,00
30/01/2010	30/01/2010	100,00
31/01/2010	31/01/2010	100,00
32/01/2010	32/01/2010	100,00
33/01/2010	33/01/2010	100,00
34/01/2010	34/01/2010	100,00
35/01/2010	35/01/2010	100,00
36/01/2010	36/01/2010	100,00
37/01/2010	37/01/2010	100,00
38/01/2010	38/01/2010	100,00
39/01/2010	39/01/2010	100,00
40/01/2010	40/01/2010	100,00
41/01/2010	41/01/2010	100,00
42/01/2010	42/01/2010	100,00
43/01/2010	43/01/2010	100,00
44/01/2010	44/01/2010	100,00
45/01/2010	45/01/2010	100,00
46/01/2010	46/01/2010	100,00
47/01/2010	47/01/2010	100,00
48/01/2010	48/01/2010	100,00
49/01/2010	49/01/2010	100,00
50/01/2010	50/01/2010	100,00
51/01/2010	51/01/2010	100,00
52/01/2010	52/01/2010	100,00
53/01/2010	53/01/2010	100,00
54/01/2010	54/01/2010	100,00
55/01/2010	55/01/2010	100,00
56/01/2010	56/01/2010	100,00
57/01/2010	57/01/2010	100,00
58/01/2010	58/01/2010	100,00
59/01/2010	59/01/2010	100,00
60/01/2010	60/01/2010	100,00
61/01/2010	61/01/2010	100,00
62/01/2010	62/01/2010	100,00
63/01/2010	63/01/2010	100,00
64/01/2010	64/01/2010	100,00
65/01/2010	65/01/2010	100,00
66/01/2010	66/01/2010	100,00
67/01/2010	67/01/2010	100,00
68/01/2010	68/01/2010	100,00
69/01/2010	69/01/2010	100,00
70/01/2010	70/01/2010	100,00
71/01/2010	71/01/2010	100,00
72/01/2010	72/01/2010	100,00
73/01/2010	73/01/2010	100,00
74/01/2010	74/01/2010	100,00
75/01/2010	75/01/2010	100,00
76/01/2010	76/01/2010	100,00
77/01/2010	77/01/2010	100,00
78/01/2010	78/01/2010	100,00
79/01/2010	79/01/2010	100,00
80/01/2010	80/01/2010	100,00
81/01/2010	81/01/2010	100,00
82/01/2010	82/01/2010	100,00
83/01/2010	83/01/2010	100,00
84/01/2010	84/01/2010	100,00
85/01/2010	85/01/2010	100,00
86/01/2010	86/01/2010	100,00
87/01/2010	87/01/2010	100,00
88/01/2010	88/01/2010	100,00
89/01/2010	89/01/2010	100,00
90/01/2010	90/01/2010	100,00
91/01/2010	91/01/2010	100,00
92/01/2010	92/01/2010	100,00
93/01/2010	93/01/2010	100,00
94/01/2010	94/01/2010	100,00
95/01/2010	95/01/2010	100,00
96/01/2010	96/01/2010	100,00
97/01/2010	97/01/2010	100,00
98/01/2010	98/01/2010	100,00
99/01/2010	99/01/2010	100,00
100/01/2010	100/01/2010	100,00

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
CAIXA CHUVA	2000014464	00000001

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade 30 kWh	10.5500000	0.19218750	2.020
Consumo Atividade superior a 30 até 100 kWh	82.0000000	0.23595556	19.367
Apresentação Bandeira AMARELA			1.45
Contribuição Pública Municipal			4.51
Bônus ITAPU - art 21 da Lei 10.456/2002			0.11

ROYAL CAN FERTILISER

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO GASTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DE FAÇA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	DEBENTANTE	ADJESTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
004100077	5a T	21/06/2015	70230	04/07/2015	70470	2340	0,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

PERÍODO	Índice
4A-10	92
4A-10-10	100
3A-10-10	105
2A-10-10	112
1A-10-10	115
4Q-14	105
3Q-14	105
2Q-14	104
1Q-14	106
4Q-13	107
3Q-13	108
2Q-13	107
1Q-13	107
4Q-12	106
3Q-12	106
2Q-12	106
1Q-12	106
4Q-11	105
3Q-11	105
2Q-11	105
1Q-11	105
4Q-10	104
3Q-10	104
2Q-10	104
1Q-10	104
4Q-09	103
3Q-09	103
2Q-09	103
1Q-09	103
4Q-08	102
3Q-08	102
2Q-08	102
1Q-08	102
4Q-07	101
3Q-07	101
2Q-07	101
1Q-07	101
4Q-06	100
3Q-06	100
2Q-06	100
1Q-06	100
4Q-05	99
3Q-05	99
2Q-05	99
1Q-05	99
4Q-04	98
3Q-04	98
2Q-04	98
1Q-04	98
4Q-03	97
3Q-03	97
2Q-03	97
1Q-03	97
4Q-02	96
3Q-02	96
2Q-02	96
1Q-02	96
4Q-01	95
3Q-01	95
2Q-01	95
1Q-01	95
4Q-00	94
3Q-00	94
2Q-00	94
1Q-00	94
4Q-99	93
3Q-99	93
2Q-99	93
1Q-99	93
4Q-98	92
3Q-98	92
2Q-98	92
1Q-98	92
4Q-97	91
3Q-97	91
2Q-97	91
1Q-97	91
4Q-96	90
3Q-96	90
2Q-96	90
1Q-96	90
4Q-95	89
3Q-95	89
2Q-95	89
1Q-95	89
4Q-94	88
3Q-94	88
2Q-94	88
1Q-94	88
4Q-93	87
3Q-93	87
2Q-93	87
1Q-93	87
4Q-92	86
3Q-92	86
2Q-92	86
1Q-92	86
4Q-91	85
3Q-91	85
2Q-91	85
1Q-91	85
4Q-90	84
3Q-90	84
2Q-90	84
1Q-90	84
4Q-89	83
3Q-89	83
2Q-89	83
1Q-89	83
4Q-88	82
3Q-88	82
2Q-88	82
1Q-88	82
4Q-87	81
3Q-87	81
2Q-87	81
1Q-87	81
4Q-86	80
3Q-86	80
2Q-86	80
1Q-86	80
4Q-85	79
3Q-85	79
2Q-85	79
1Q-85	79
4Q-84	78
3Q-84	78
2Q-84	78
1Q-84	78
4Q-83	77
3Q-83	77
2Q-83	77
1Q-83	77
4Q-82	76
3Q-82	76
2Q-82	76
1Q-82	76
4Q-81	75
3Q-81	75
2Q-81	75
1Q-81	75
4Q-80	74
3Q-80	74
2Q-80	74
1Q-80	74
4Q-79	73
3Q-79	73
2Q-79	73
1Q-79	73
4Q-78	72
3Q-78	72
2Q-78	72
1Q-78	72
4Q-77	71
3Q-77	71
2Q-77	71
1Q-77	71
4Q-76	70
3Q-76	70
2Q-76	70
1Q-76	70
4Q-75	69
3Q-75	69
2Q-75	69
1Q-75	69
4Q-74	68
3Q-74	68
2Q-74	68
1Q-74	68
4Q-73	67
3Q-73	67
2Q-73	67
1Q-73	67
4Q-72	66
3Q-72	66
2Q-72	66
1Q-72	66
4Q-71	65
3Q-71	65
2Q-71	65
1Q-71	65
4Q-70	64
3Q-70	64
2Q-70	64
1Q-70	64
4Q-69	63
3Q-69	63
2Q-69	63
1Q-69	63
4Q-68	62
3Q-68	62
2Q-68	62
1Q-68	62
4Q-67	61
3Q-67	61
2Q-67	61
1Q-67	61
4Q-66	60
3Q-66	60
2Q-66	60
1Q-66	60
4Q-65	59
3Q-65	59
2Q-65	59
1Q-65	59
4Q-64	58
3Q-64	58
2Q-64	58
1Q-64	58
4Q-63	57
3Q-63	57
2Q-63	57
1Q-63	57
4Q-62	56
3Q-62	56
2Q-62	56
1Q-62	56
4Q-61	55
3Q-61	55
2Q-61	55
1Q-61	55
4Q-60	54
3Q-60	54
2Q-60	54
1Q-60	54
4Q-59	53
3Q-59	53
2Q-59	53
1Q-59	53
4Q-58	52
3Q-58	52
2Q-58	52
1Q-58	52
4Q-57	51
3Q-57	51
2Q-57	51
1Q-57	51
4Q-56	50
3Q-56	50
2Q-56	50
1Q-56	50
4Q-55	49
3Q-55	49
2Q-55	49
1Q-55	49
4Q-54	48
3Q-54	48
2Q-54	48
1Q-54	48
4Q-53	47
3Q-53	47
2Q-53	47
1Q-53	47
4Q-52	46
3Q-52	46
2Q-52	46
1Q-52	46
4Q-51	45
3Q-51	45
2Q-51	45
1Q-51	45
4Q-50	44
3Q-50	44
2Q-50	44
1Q-50	44
4Q-49	43
3Q-49	43
2Q-49	43
1Q-49	43
4Q-48	42
3Q-48	42
2Q-48	42
1Q-48	42
4Q-47	41
3Q-47	41
2Q-47	41
1Q-47	41
4Q-46	40
3Q-46	40
2Q-46	40
1Q-46	40
4Q-45	39
3Q-45	39
2Q-45	39
1Q-45	39
4Q-44	38
3Q-44	38
2Q-44	38
1Q-44	38
4Q-43	37
3Q-43	37
2Q-43	37
1Q-43	37
4Q-42	36
3Q-42	36
2Q-42	36
1Q-42	36
4Q-41	35
3Q-41	35
2Q-41	35
1Q-41	35
4Q-40	34
3Q-40	34
2Q-40	34
1Q-40	34
4Q-39	33
3Q-39	33
2Q-39	33
1Q-39	33
4Q-38	32
3Q-38	32
2Q-38	32
1Q-38	32
4Q-37	31
3Q-37	31
2Q-37	31
1Q-37	31
4Q-36	30
3Q-36	30
2Q-36	30
1Q-36	30
4Q-35	29
3Q-35	29
2Q-35	29
1Q-35	29
4Q-34	28
3Q-34	28
2Q-34	28
1Q-34	28
4Q-33	27
3Q-33	27
2Q-33	27
1Q-33	27
4Q-32	26
3Q-32	26
2Q-32	26
1Q-32	26
4Q-31	25
3Q-31	25
2Q-31	25
1Q-31	25
4Q-30	24
3Q-30	24
2Q-30	24
1Q-30	24
4Q-29	23
3Q-29	23
2Q-29	23
1Q-29	23
4Q-28	22
3Q-28	22
2Q-28	22
1Q-28	22
4Q-27	21
3Q-27	21
2Q-27	21
1Q-27	21
4Q-26	20
3Q-26	20
2Q-26	20
1Q-26	20
4Q-25	19
3Q-25	19
2Q-25	19
1Q-25	19
4Q-24	18
3Q-24	18
2Q-24	18
1Q-24	18
4Q-23	17
3Q-23	17
2Q-23	17
1Q-23	17
4Q-22	16
3Q-22	16
2Q-22	16
1Q-22	16
4Q-21	15
3Q-21	15
2Q-21	15
1Q-21	15
4Q-20	14
3Q-20	14
2Q-20	14
1Q-20	14
4Q-19	13
3Q-19	13
2Q-19	13
1Q-19	13
4Q-18	12
3Q-18	12
2Q-18	12
1Q-18	12
4Q-17	11
3Q-17	11
2Q-17	11
1Q-17	11
4Q-16	10
3Q-16	10
2Q-16	10
1Q-16	10
4Q-15	9
3Q-15	9
2Q-15	9
1Q-15	9
4Q-14	8
3Q-14	8
2Q-14	8
1Q-14	8
4Q-13	7
3Q-13	7
2Q-13	7
1Q-13	7
4Q-12	6
3Q-12	6
2Q-12	6
1Q-12	6
4Q-11	5
3Q-11	5
2Q-11	5
1Q-11	5
4Q-10	4
3Q-10	4
2Q-10	4
1Q-10	4
4Q-09	3
3Q-09	3
2Q-09	3
1Q-09	3
4Q-08	2
3Q-08	2
2Q-08	2
1Q-08	2
4Q-07	1
3Q-07	1
2Q-07	1
1Q-07	1
4Q-06	0
3Q-06	0
2Q-06	0
1Q-06	0
4Q-05	-1
3Q-05	-1
2Q-05	-1
1Q-05	-1
4Q-04	-2
3Q-04	-2
2Q-04	-2
1Q-04	-2
4Q-03	-3
3Q-03	-3
2Q-03	-3
1Q-03	-3
4Q-02	-4
3Q-02	-4
2Q-02	-4
1Q-02	-4
4Q-01	-5
3Q-01	-5
2Q-01	-5
1Q-01	-5
4Q-00	-6
3Q-00	-6
2Q-00	-6
1Q-00	-6
4Q-99	-7
3Q-99	-7
2Q-99	-7
1Q-99	-7
4Q-98	-8
3Q-98	-8
2Q-98</	

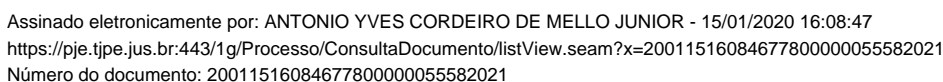
### NO DIMAGGIO IMPIANTATO

© 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 491–498

1. The first step is to identify the problem. In this case, the problem is that the company is not meeting its sales targets.

© 2001 John Wiley & Sons, Inc.

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/08/19



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdeci Antonio de Souza,  
RG nº 4.609.142, data de expedição 02/06/16,  
Órgão SSDIPE, portador do CPF nº 587.601.304-82, com  
domicílio na cidade de Carpina, no Estado de  
PE, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)  
Vila São Francisco, nº 32,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Marta Maria dos Santos cujo o condutor era  
Valdeci Antonio de Souza.

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda Pop. 100  
Ano: 2015  
Placa: 0Y0 1370  
Chassi: 9C 2H30 210FR004023  
Data do Acidente: 22/06/2019  
Local e Data: Carpina, 13/08/2019

Marta Maria dos Santos  
Assinatura do Declarante

Valdeci Antonio de Souza

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA - TABELIONATO JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO  
Escritório do Registro de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas  
Av. Congresso Estadual Internacional, 136, Fone/Fax: (81) 3621.0410, Carpina - PE - cartorio.carpina@bol.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a firma: VALDECI ANTONIO DE  
SOUZA, lançada em minha presença deu fé.  
CARPINA/PE 13/08/2019 08:58:30. Emol:3,51. TSMR:  
0,80; PERC:0,40; Total: 4,91. Selo nº  
0074807.BSM07201902.02292. Consulte  
autenticidade em [www.tipe.jus.br/selodigital](http://www.tipe.jus.br/selodigital).  
EDIVANIA FAUSTINO PEREIRA, Tabelião  
Selo:0074807.BSM07201902.02292

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/08/19





### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS		Atendimento: 3348386		Prontuário: 1089793	
Data Nasc.: 26/02/1975		Nome Social:			
Idade: 44	Sexo: FEMININO	Cor: PARDA	Religião:		
CPF:	RG:	CNS: 708408234758960			
Endereço: SÍTIO SÃO FRANCISCO			Nº: 0		
Bairro: CENTRO		Cidade: LAGOA DO CARRO		Estado: PE	
CEP: 55820970	Fone: 558191082730	Celular:			
Acompanhante:		Profissão:			
<p>Nome da Mãe: MARIA SEVERINA DOS SANTOS</p> <p>Nome do Conjuge:</p> <p>Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA</p>					

*Nº 1067*  
 Kelly Rodrigues B. dos Anjos  
 Acad. de Enfermagem UFPE

Kelly Rodrigues B. dos Anjos  
Acad. de Enfermagem UFPE

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 27/06/2019 17:32

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Acidente de moto há 6h

**came Físico:**

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Diag. Provisório:

First Interview (E)

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

.ta

Horário

Extended Planning

Tato, Exho radome.

61/90/82

8/10/21 Wed AM

Beauclerk Wash

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/08/19

1 de 2




# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 27/06/2019 17:32

Nome Paciente:	MARTA MARIA DOS SANTOS
Cód. Paciente:	1089793
Data de Nascimento:	26/02/1975
Sexo:	Feminino
Idade:	44
Senha:	EA0043
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3348386 
SAME:	1089793

Período: 27/06/2019 17:35 - 27/06/2019 17:35

PRISCILA MARIA DA SILVA BUREGIO - COREN: 281055 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 8 HORAS. TRAUMA EM MSE.  
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR LEVE RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/06/19

Acolhido(a) por: PRISCILA MARIA DA SILVA BUREGIO - COREN: 281055 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/06/2019 17:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
<b>Identificação do Paciente</b>			
5- NOME DO PACIENTE MARTA MARIA DOS SANTOS	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1089793	7- (CNS) 708408234768960	8- DATA DE NASCIMENTO 26/02/1975
9- SEXO FEMININO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE MARIA SEVERINA DOS SANTOS	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 91082730   Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE SÍTIO SÃO FRANCISCO, N.º 0 - ; ZONA RURAL BAIRRO: CENTRO - CIDADE: LAGOA DO CARRO - UF: PE			

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA ANTEBRAÇO E

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA ANTEBRAÇO E

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

FRATURA ANTEBRAÇO E

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURA DA DÍFISE DO RADIO - S523	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26- CLÍNICA	27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR) THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA - CRM: Nº.2446756	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 27/06/2019	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	38- SÉRIE
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40- CNAE DA EMPRESA	41- CBOR
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
<input type="radio"/> EMPREGADO <input type="radio"/> EMPREGADOR <input type="radio"/> AUTÔNOMO <input type="radio"/> DESEMPREGADO <input type="radio"/> APOSENTADO <input type="radio"/> NÃO SEGURADO		

### AUTORIZAÇÃO

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

KOTE SEGURO  
Erica Araujo  
26/06/19





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Paciente:  
MARTA MARIA DOS SANTOS

Idade:  
44 Anos 4 Meses 2 Dias

Prontuário  
1089793

Atendimento: Dt Atend.  
3348403 27/06/2019

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

SETOR: AREA VERDE ORTOPEDIA-VE-ORT08		DATA: 28/06/2019
NOME: MARTA MARIA DOS SANTOS		
NOME SOCIAL:		
IDADE: 44 Anos 4 Meses 2 Dias	DATA DE NASCIMENTO: 26/02/1975	ESTADO CIVIL:
MÃE: MARIA SEVERINA DOS SANTOS		
PAI: MARIANO SEVERINO DOS SANTOS		
ENDEREÇO: SITIO SAO FRANCISCO, N.º 0 - ZONA RURAL BAIRRO: CENTRO - CIDADE: LAGOA DO CARRO - UF: PE		
PONTO DE REFERÊNCIA: ENTRADA DO ENGENHO CORDEIRO		
TELEFONES: 9.91082730 (VALDECI ANTÔNIO DE SOUZA)		
ENTREVISTADO(A): VALDECI ANTÔNIO DE SOUZA		PARENTESCO: ESPOSO
DOCUMENTOS: POSSUI <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> APRESENTADOS: RG: 7.436088		
1º ATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> READMITIDO <input type="checkbox"/>		PROCEDÊNCIA: HOSPITAL DE CARPINA
ACOMPANHANTE: VALDECI ANTÔNIO DE SOUZA		PARENTESCO: ESPOSO
TABAGISMO: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>		USO DE ALCOOL: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>
OUTRAS DROGAS: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>		
PESSOA COM DEFICIÊNCIA: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> QUAIS: VISUAL <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>		
REDE DE APOIO: SUS / SUAS		AMBULATORIO <input type="checkbox"/> PSF <input checked="" type="checkbox"/> NASF <input type="checkbox"/> CAPS (AD) <input type="checkbox"/> CAPS (TRANSTORNO MENTAL) <input type="checkbox"/> CREAS <input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> CENTRO POP <input type="checkbox"/>
PROFISSÃO: AGRICULTORA		ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL II
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: ESPOSO + 2 FILHOS		
APOIO FAMILIAR: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> NÃO RECEBE <input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES / EVOLUÇÃO

ORIENTO ROTINA + AUTORIZO ACOMPANHANTE ATÉ 01.07.2019

ASSISTENTE SOCIAL: PRISCILLA LUANA CARNEIRO DA CUNHA - CRESS: Nº.6453

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
26/08/19

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



**R136 - Ficha de Cirurgia**

Atendimento:	317271	Aviso:	24035	RG:	7436088
Paciente:	1623390	MARTA MARIA DOS SANTOS		CPF:	
Idade:	44 Anos e 4 Meses	Telefone:	991082730	Enfermaria:	ENFERMARIA 09
Plano:	SUS - ELETIVAS			Acomodação:	LEITO 02
Previsto	Data: 02/07/2019	Início:	01:30	Duração:	00:30

**Diagnóstico Pré-Operatório****Cirurgia(s) Realizada(s):**

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT LUX DE GALEAZZI

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_

**Anestesia:**

BPB E SEDAÇÃO

Início: \_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_

**Equipe Cirúrgica:**

Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

Anestesista: ELIVELTON ANDRE DE LIMA SILVA

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Aux Anest: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Consultor: \_\_\_\_\_

3º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Perfusionista: \_\_\_\_\_

4º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_

Instrument: \_\_\_\_\_

Intensivista: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Pós-Operatório**

S523 - FRAT DA DIAFISE DO RADIO

**Descrição**

Cirurgia Realizada

1. TTO CIR FRATURA DE OSSOS ANTEBRAÇO DIR
2. OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS
3. FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
4. ENXERTO ÓSSEO

**Descrição**

- 1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
- 2) ASSEPSIA SOB DEGERMAÇÃO E CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- 3) ACESSO DE THOMPSON E DISSECÇÃO ROMBA COM HEMOSTASIA; ABERTURA DE FÁSCIA ANTERIOR E ACOMODAÇÃO DE CONTEÚDO MUSCULAR APRISIONADO E COM SINAIS DE SOFRIMENTO TISSULAR;
- 4) DESINSERÇÃO MUSCULAR E ABORDAGEM DO FOCO FRATURÁRIO; IDENTIFICAÇÃO E ISOLAMENTO DE NERVOS ULNAR E MEDIANO;
- 5) OSTEOTOMIA DO RADIO E DA ULNA COM RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO LOCAL
- 6- REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA DCP MODELADA E PARAFUSOS CORTICAIS - VERIFICADA PRESENÇA DE PRONO-SUPINAÇÃO;
- TENORRAFIA MÚSCULO FLEXOR RADIAL DO CARPO EM TRANSIÇÃO MIOTENDINOSA;
- 7) LAVAGEM COM SORO, APLICADA TÉCNICA DE ALONGAMENTO FASCIOCUTÂNEO EM BORDAS DE F.O. (PIE-CRUSTING) E SUTURAS
- 8) CURATIVOS, RETIRADA DE GARROTE E TALA

Materiais Prosmad

**Intercorrências / Observações**

Assinatura do médico \_\_\_\_\_

HOSPITAL ARMINDO MOURA

SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Fone: (81) 3535-2013

Cleto Campelo, S/N-Morano-PE

KOTE SEGUNDA  
Erica Araujo  
26/08/19

**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

Emissão: 03/07/2019 08:21

Atendimento: 317271 Entrada: 28/06/2019 Hora: 14:50  
Acomodação: LEITO 02  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
Médico Resp: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Enfermaria: ENFERMARIA 09  
Permanência: 4 Dia(s), 17 horas  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 708408234768960

Paciente: 1623390 MARTA MARIA DOS SANTOS  
Nascimento: 26/02/1975 (44 Anos e 4 Meses)  
Endereço: SITIO SAO FRANCISCO  
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55820-000  
Cidade: 2608453 LAGOA DO CARRO  
Pai: MARIANO SEVERINO DOS SANTOS  
Mãe: MARIA SEVERINA DOS SANTOS  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
Estado Civil: CASADO  
C.P.F.:  
Identidade: 7436088 - SDS - PE  
Telefone: / 991082730  
G.Instrução:  
Ocupação: AGRICULTORA  
Naturalidade: LAGOA DE ITAENGA

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

**Em: 28/06/2019 - 15:00**

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)

Queixa do paciente: procedente do do hof com historia de acidente de moto ha 1 dia , nega vomito + perda de consciencia , nega diabetes + refere has

Exame físico: egr, consciente sme dor + edema de antebráço esq

Hipótese diagnóstica: fratura diafise do radio esquerdo

Prescrição/Conduta:

Horario/Checkagem

01 -	internamento	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura  
SAME  
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cleto Campelo, S/N-Mourão-PI

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/08/19





Armino Moura  
HOSPITAL GERAL

Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS (1623390)

Admissão: 317271

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

Identificação do Paciente: 317271

Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS (1623390)

Endereço: SÍTIO SÃO FRANCISCO - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DO CARRO - PE

#### Prescrição:

ASFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

ALGICOD (paracetamol + fosfato de codeína 30+500mg)-----1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

Nome:

Identidade:

Órgão emissor:

Endereço:

Cidade:

PE:

Assinatura do Farmacêutico

Telefone:

Data / /

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

15595

07/2019

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 02/07/2019 as 18:09

DR. JUAREZ SEBASTIAN  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

KOTE SEGURO  
Erica Araujo  
26/09/19





Armindo Moura  
HOSPITAL GERAL

Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS (1623390)

Admissão: 317271

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO

CID 10:

S52.4

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA ANTEBRAÇO DIR  
COM PLACA DCP 3,5MM E PARAFUSOS

02/07/2019

MEDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1 - REALIZAR EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE DEDOS; MARCAR FISIOTERAPIA MOTORA DA MÃO;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PEGUE PESO COM O LADO OPERADO.
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 8H;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR -----90----- (-----) DIAS.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 02/07/2019 as 18:10

DR. JUAREZ SEBASTIAN  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/08/19





Armino Moura  
HOSPITAL GERAL

Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS (1623390)

Admissão: 317271

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que MARTA MARIA DOS SANTOS compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

- ( ) Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).  
( X ) Necessitando de 30 ( TRINTA ) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.  
( ) Como acompanhante.  
( ) Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: \_\_\_\_\_

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 02/07/2019 às 18:09

DR. JUAREZ SEBASTIAN

Ortopedia e Cirurgia do Joelho

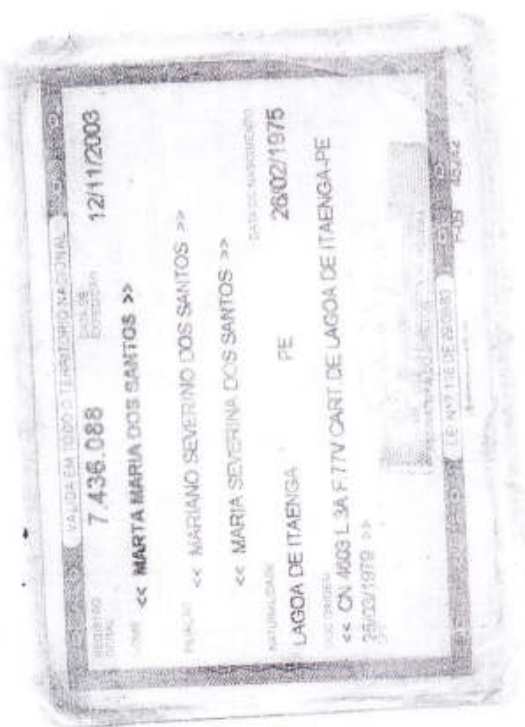
Cad. 12 - 151.124-82-173-4

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

KOTE SEGURO  
Erica Araujo  
26/08/19







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014487850360	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
RA	DOE RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
013	0073	00000000	7-5
NOME			
VALDECI ANTONIO DE SOUZA			
LUGAR DO CASAMENTO			
CASA DO CASAMENTO			
CPF / CNP		PLACA	
000 000 000-00		00000000	
PLACA ANT. LIP		CHASSI	
000000 00		000000000000	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO CAR.	ANO MOD.
HONDA / CB 150		2000	2000
CAP / POT / GL		CATEGORIA	CON. PREDOMINANTE
150 / 15 / 15		AB	VEHICULO
COTA UNICA		VENO COTA UNICA	VENO / COTAS
1500000000000000		1500000000000000	1500000000000000
PAGA LIVA		INDEBENTAMENTO - COTAS	3º
0000000000000000		0000000000000000	0000000000000000
PREMIO TAREFARIO IRS		IOF IRS	PREMIO TOTAL IRS
00.00		00.00	00.00
OBSERVAÇÕES			
EM FOLHA DE			
ASSINATURA		DATA	
[Assinatura]		23/08/19	
ROBERTO VILAS BOAS VARELLAS			
1500000000000000			

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/08/19



Sistema Polícia Ágil

[SAIR DO SISTEMA](#)[NOVA PESQUISA](#) > FICHA DO DETRAN [GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

Situação: NORMAL

Placa: OYO1370

Nome proprietário: VALDECI ANTONIO DE SOUZA

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: MOTOCICLETA

Espécie: PAS

Combustível: GASOLINA

Marca / Modelo:

HONDA/POP100

Marca: HONDA

Cor: VERMELHA

Ano Fabricação:

Município: LAGOA DO CARRO

Logradouro: SÍTIO SÃO FRANCISCO S/N

Número:

Bairro: ZONA RURAL

Cep: 55820000

Complemento:

Chassi: 9C2HB0210FR004023

Restrição:

Renavam: 1019846469

Licenciamento: R\$ 0,00

IPVA: R\$ 0,00

Seguro: R\$ 0,00

Bombeiro: R\$ 0,00

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 0,00

Situação Bin: NORMAL

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/08/19

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190501948 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARTA MARIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.5,8) - FASCIOTOMIA- OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Em tratamento

#### Documento/Motivo:

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**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 A NÍVEL AMBULATORIAL;

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190501948 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARTA MARIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.5,8) - FASCIOTOMIA- OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**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 A NÍVEL AMBULATORIAL;

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.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295498/19

**Vítima:** MARTA MARIA DOS SANTOS

**CPF:** 962.483.004-53

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARTA MARIA DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**MARTA MARIA DOS SANTOS : 962.483.004-53**

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](http://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: 28/08/2019  
Nome: MARTA MARIA DOS SANTOS  
CPF: 962.483.004-53

MARTA MARIA DOS SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501948

Vítima: MARTA MARIA DOS SANTOS

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MARTA MARIA DOS SANTOS

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

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01399/01400 - carta\_07 - INVALIDEZ



Carta nº 14922123





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501948

Vítima: MARTA MARIA DOS SANTOS

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARTA MARIA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14930885

Pag. 00365/00366 - carta\_01 - INVALIDEZ

00330183



# 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: 962.483.004-53 4 - Nome completo da vítima: Marta Maria dos Santos

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

5 - Nome completo: Marta Maria dos Santos 6 - CPF: 962.483.004-53  
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Villa São Francisco 9 - Número: 32 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Campina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.810.000  
15 - E-mail: martaassessoria@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 97915.3756

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: 1242 CONTA: 8576 7 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (ainda nascido)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Valdeci Antonio de Souza

CPF: 587.601.304-82

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina, 09/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC. 001 1007/2010







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 056ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DO  
CARRO - DP56ªCIRC DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0146000473**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2019** às  
**11:07**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **27/6/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SÍTIO  
SÃO FRANCISCO, NA ESTRADA QUE ACESSO A COMUNIDADE** - Bairro:  
**CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de  
Referência: **PERTO DA ENTREA DA CAMPESTRE E DA ASSEMBLEIA DE  
DEUS**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
VALDECI ANTONIO DOS SANTOS (OUTRO)  
MARTA MARIA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): **VALDECI ANTONIO DOS SANTOS**

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

**MARTA MARIA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA  
SEVRINA DOS SANTOS Pai: MARIANO SEVERINO DOS SANTOS Data de Nascimento:  
26/2/1978 Naturalidade: LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:  
CASADO(A) Telefones Celulares:  
- 991082730**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SÍTIO SÃO FRANCISCO ZONA  
RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO  
/BRASIL, PERTO DA ESCOLA**

**VALDECI ANTONIO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Mãe: MARIA JOSE DE SOUZA Pai: ND Data de Nascimento: 5/3/1974 Naturalidade:  
PASSIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A)  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SÍTIO SÃO FRANCISCO - CEP:  
55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/07/19



DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VALDECI ANTONIO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDECI ANTONIO DOS SANTOS**.  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYO1378** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **191924646**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **GASOLINA**

## Complemento / Observação

A VITIMA, SENHORA MARTA MARIA INFORMA QUE SEGUIA COM O SEU ESPOSO, NA MOTOCICLETA SUPRACITADA, PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM QUE DÁ ACESSO AO SÍTIO SÃO FRANCISCO, NESTA, MOMENTO EM QUE AO SUBIR A LADEIRA PERTO DA ASSEMBLEIA DE DEUS A MOTOCICLETA DERRAPOU VINDO A CAIR VITIMA E CONDUTOR QUE NA OCASIÃO ERA O SEU ESPOSO, SENHOR VALDECI ANTONIO, QUE PROVIDENCIOU SOCORRO ONDE O IRMÃO DE DONA MARTA VEIO COM O SEU VEICULO E SEGUIRAM PARA UNIDADE MISTA DE LAGOA DO CARRO, EM SEGUIDA DONA MARTA FOI TRANSFERIDA PARA A UNIDADE MISTA DE CARPINA, QUE DEPOIS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE-PE E POR FIM DEPOIS DE TANTA PEREGRINAÇÃO FEZ A CIRURGIA NO BRAÇO ESQUERDO NO HOSPITAL ARMINIO MOURA NA CIDADE DE MORENO-PE. O TIPO DE FRATURA E NARRADA CONFORME EXPENSAS MEDICAS. ASSIM ENCERRA ESTE BOE.

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

*Marta Maria dos Santos*  
MARTA MARIA DOS SANTOS  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *João Bosco de Oliveira Castro* - Matrícula: 318821-5

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
*26/07/19*





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 056ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DO  
CARRO - DP56ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0146000517**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às  
**09:58**

Complementa o BO Número: 19E0146000473

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **27/6/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO  
SÃO FRANCISCO, NA ESTRADA QUE ACESSO A COMUNIDADE** - Bairro:  
**CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de  
Referência: **PERTO DA ENTREA DA CAMPESTRE E DA ASSEMBLEIA DE  
DEUS**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE )  
VALDECI ANTONIO DE SOUZA ( OUTRO )  
MARTA MARIA DOS SANTOS ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): VALDECI ANTONIO DE SOUZA

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

.....  
**MARTA MARIA DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA  
SEVRINA DOS SANTOS Pat: MARIANO SEVERINO DOS SANTOS Data de Nascimento:  
26/2/1975 Naturalidade: LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:  
CASADO(A) Telefones Celulares:  
- 881082736**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO SÃO FRANCISCO ZONA  
RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO  
/BRASIL, PERTO DA ESCOLA**

**VALDECI ANTONIO DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
MARIA JOSE DE SOUZA Pat: ND Data de Nascimento: 8/8/1974 Naturalidade: PASSIRA /  
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A)  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO SÃO FRANCISCO - CEP:**

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/08/19



**55000-800 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL****DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(a): **VALDECI ANTONIO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDECI ANTONIO DE SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 160** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYO1370** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **161924646**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **GASOLINA****Complemento / Observação**

A VITIMA, SENHORA MARTA MARIA INFORMA QUE SEGUIA COM O SEU ESPOSO, NA MOTOCICLETA SUPRACITADA, PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM QUE DÁ ACESSO AO SÍTIO SÃO FRANCISCO, NESTA, MOMENTO EM QUE AO SUBIR A LADEIRA PERTO DA ASSEMBLEIA DE DEUS A MOTOCICLETA DERRAPOU VINDO A CAIR VITIMA E CONDUTOR QUE NA OCASIÃO ERA O SEU ESPOSO, SENHOR VALDECI ANTONIO, QUE PROVIDENCIOU SOCORRO ONDE O IRMÃO DE DONA MARTA VEIO COM O SEU VEICULO E SEGUIRAM PARA UNIDADE MISTA DE LAGOA DO CARRO, EM SEGUIDA DONA MARTA FOI TRANSFERIDA PARA A UNIDADE MISTA DE CARPINA, QUE DEPOIS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE-PE E POR FIM DEPOIS DE TANTA PEREGRINAÇÃO FEZ A CIRURGIA NO BRAÇO ESQUERDO NO HOSPITAL ARMINIO MOURA NA CIDADE DE MORENO-PE. O TIPO DE FRATURA E NARRADA CONFORME EXPENSAS MEDICAS. ASSIM ENGERRA ESTE BOE. O MESMO FORA COMPLEMENTADO TENDO EM VISTA QUE O NOME DO CONDUTOR DO VEÍCULO ESTAVA ERRADO.

**Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial***Marta maria dos santos***MARTA MARIA DOS SANTOS  
(VITIMA)**B.O. registrado por: *Luís Fernando Barbosa Veiga* - Matrícula: **221350-2****KOTE SEGUROS**  
*Erica Araujo*  
*26/08/19*

# 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: 962.483.004-53 4 - Nome completo da vítima: Marta Maria dos Santos

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

5 - Nome completo: Marta Maria dos Santos 6 - CPF: 962.483.004-53  
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Villa São Francisco 9 - Número: 32 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Campina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.810.000  
15 - E-mail: martaassessoria@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 92915.3756

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: 1242 CONTA: 8576 7 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: Valdeci Antonio de Souza CPF: 587.601.304-82 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina, 09/08/2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC. 01/10/2019







SECRETARIA DE SAÚDE  
DE LAGOA DO CARRO

SERVIÇO DE PRONTO  
ATENDIMENTO

Data	27/06/2019	/ Hora	11:24	/ Registro	006681
Nome	Marta Maria dos Santos				
Endereço	Sitio São Francisco				
Bairro	Zona Rural	/ Cidade	Lagoa do Carro		
Idade	44 anos	/ Sexo	F	/ Cor	
Responsável	Valdeir (Esposo)		/ Profissão	agricultora	
Endereço do Responsável					
Nascimento	26/02/1975				

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐  
MODO Atropelamento ☐ Colisão ☐ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ AGRESSÃO

POR Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐  
MODO Assalto Brigas ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

Origem Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ OUTRO - AGRESSÃO / SUICÍDIO

Por Arma de Fogo ☐ Enforcamento ☐ Drogas ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental ☐ Queda acidental ☐ Afogamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

QUEIXAS

Prontidão vítima de acidente de moto com  
fractura no braço (E) e no pé direito (P)  
HISTÓRIA DE DOENÇAS P/ R/R 1. T.M.F.  
EXAME FÍSICO Normal

PA X mmHg / FC: / PULSO: / TEMP:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

Fratura no braço (E) / AIC  
HISTÓRIA DE DOENÇAS (E)

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOTA SEGUROS  
Erica Araújo  
27/06/19

D<sup>o</sup> Emerson Antonio Barba  
Enfermeiro (L. 342/64)  
CRP 15020



HOF : 5319 930

UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

No. Ocorrência: 0037231

Prontuário:00024958-0

Idade:44 ANOS, 4 MESES E 1 DIA

Nome:MARTA MARIA DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 26/02/1975 Sexo:F Est. Civil:CASADO

Endereço:SITIO SAO FRANCISCO

CEP:

Cidade:LAGOA DO CARRO/PE

Bairro:

Nac: BRASIL

Documento:

CNS:708408234768960

Sisprenatal:

Tel.:

Mãe:MARIA SEVERINA DOS SANTOS

Pai:MARIANO SEVERINO DOS SANTOS

Profissão:

Responsável:

**Últimas Ocorrências**

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
27/06/2019 12:43	0037231	VEIO FASER RAO X ENCAMINHADO DE LAGOA DO CARRO

**PRE-CONSULTA**

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

**Queixas / Diagnóstico**

**Tratamento**

DAR + EXAMA EM BRASO (E)  
HA - 2 HORAS, APÓS QUA R  
NOTICIA

**Exames complementares**

**Impressão diagnóstica**

**CID**

FRATURA DE ULNA (E)

**Motivo da saída:**

Residência ☐ Internado ☐

**Justificativa:**

**Encaminhado:**

**Removido:**

**Óbito:**

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

**Data saída:**

**Hora saída:**

☐ CURATIVO

**ADM MEDICAMENTO:**

☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ RETIRADA DE PONTO

**TÉCNICO / COREN**

**Consultas / Atendimento Médico:**

☐ urgência básica

☐ urgência especializada

☐ observação básica

☐ observação especializada

**MÉDICO / CRM**

Dr. Rogério Brasilino Carneiro  
Médico

CRM: 23275 - PE

**HORÁRIO:**

**CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

**TÉCNICO / CONSELHO**

**HORÁRIO**

Data da impressão: Quinta-feira, 27 de Junho de 2019 às 12:43

Recepcionista: ELIZAB. AUGUSTO

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
26/06/19

