



Número: **0034917-47.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/06/2019**

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	
ALBANO DA SILVA GONCALVES (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56824 287	23/01/2020 09:22	2686565_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 27ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE – SEÇÃO A

Processo: 00349174720198172001

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 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 **ALBANO DA SILVA GONCALVES** representado por **ALBANO DA SILVA GONCALVES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **12/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **25/04/2018**.

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



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

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, 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.

Deste 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/2015².

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.

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, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[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;



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 PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **12/04/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180431999 Cidade: Ilha de Itamaracá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES Data do acidente: 12/04/2018 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO + HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBANO DA SILVA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 000000020695-7

Nr. da Autenticação 89AC6045D9E707A9

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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.

⁴ 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.

⁵ **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."



Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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 seqüela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

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 citação⁷.

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



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 ação⁸

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, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

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

Requer a produção de prova pericial nos termos da resposta ao convenio 014/2017

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º . (...)**

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



Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 300,00(trezentos reais) em até 15 (quinze) dias.

Cabe esclarecer que se tratado de interesse de incapaz, o artigo 178, inciso II do CPC, informa que o Ministério Público deverá ser intimado no prazo de 30 dias para intervir como fiscal da lei.

Diante disso, requer a intimação do Ministério Público para que se manifeste nos termos o artigo 279, do CPC, sob pena de nulidade.

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, 14 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



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					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/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 **MAPFRE VERA CRUZ 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 **ALBANO DA SILVA GONCALVES**, em curso perante a **27ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00349174720198172001.

Rio de Janeiro, 14 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





Número: **0034917-47.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/06/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

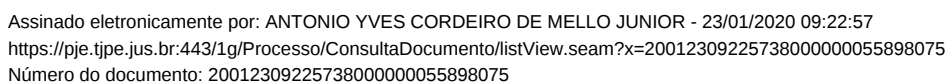
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALBANO DA SILVA GONCALVES (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56824289	23/01/2020 09:22	ANEXO 1	Outros (Documento)



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001 0014398-2

EXCELSIOR SEGUROS





RECIFE - PE
MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
R TOMAZ GONZAGA 248
ZUMBI
50711-090 RECIFE - PE



Postagem: 18/01/2018
Vencimento: 28/01/2018
Emissão: 18/01/2018
Fechamento próxima fatura: 23/02/2018

Titular MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
Cartão 5232.XXXX.XXXX.4654

a que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastra-fatura-digital

Limite

28/01/2018

A) pagamento total R\$

1.763,74

B) pagamento para rodar (a partir de) R\$

386,07

C) parcelas fixas R\$

159,72
+ 23x 159,72

D) pagamento mínimo para R\$

Não Disponível

Consulte outras opções

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	6.790,00
Limite utilizado no mês	5.123,15
Resto de recursos disponível	1.666,85
Resto de recursos disponível	1.666,85

Programa Sempre Presente

Saldo de pontos acumulados no programa em 01/01/2018

4.500

Pontos a serem no programa em 01/01/2018

0

Saldo utilizado no mês de pontos

347

Saldo disponível de pontos do cartão

4.153

Para opção de pagamento
pelo cartão de crédito, o
pagamento mínimo para
a fatura chegar em casa é
de 3% do valor da fatura.
Para opção de pagamento
pelo cartão de crédito, o
pagamento mínimo para
a fatura chegar em casa é
de 3% do valor da fatura.

Itaú



Mastercard
Internacional

Resumo da fatura em R\$

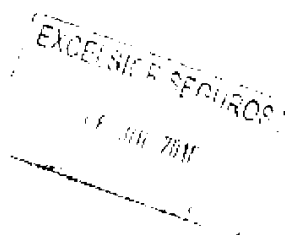
Total da fatura anterior	1.701,12
Pagamento efetuado	- 1.701,12
Saldo devido	84,88
Saldo devido (incluindo juros e encargos)	84,88
Saldo devido atualizado	1.591,89
Total desta fatura	1.763,74

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR
28/12 PAGAMENTO EFETUADO 5894	- 820,00
03/01 PAGAMENTO EFETUADO 5894	- 397,00
03/01 PAGAMENTO EFETUADO 5894	- 400,00
Total dos pagamentos	- 1.617,00

Langamentos: compras e saques

DATA	VALOR
26/12 CLARO	- 84,88
26/12 CLARO	- 0,10





CONSUMIDOR

DE REGISTRAÇÃO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

CONSUMIDOR

DE REGISTRAÇÃO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

DE REGISTRO

CPF

7006433230

08/2018

21/08/2018

13/09/2018

30,53

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE

PREÇO UNITÁRIO

VALOR TOTAL

EXCELSIOR SEGUROS

17 OUT 2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade de planejar, aplicar, monitorar, avaliar, revisar, examinar e identificar as ações necessárias à prevenção de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 417.915.317-12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALBERTO DE OLIVEIRA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 417.915.317-12 do sinistro de DPVAT cobertura INCURSAO da Vitima ALBERTO DE OLIVEIRA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Tupy, 100 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP</u>		
Bairro	<u>21.111</u>	Cidade	<u>São Paulo</u>
UF	<u>SP</u>	Número	<u>3140</u>
CEP	<u>05.411-010</u>	Estado	<u>SP</u>
Telefone comercial (DDD)	<u>11 3141-6112</u>	Telefone celular (DDD)	<u>11 3141-6112</u>

12 de Julho de 2017
Local e Data

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

11.01.2018



Atendimento: 424238

Data e Hora: 12/04/2018 19:26

Senha de Classificação:

1034

Paciente: 114041 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES Sexo: FEMININO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 11/01/2003 Idade: 15 anos Convênio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: MARILENE MARIA ALVES Nome do Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL CRM: 12347
 Endereço: RUA PESQUEIRA 20 Bairro: BADA VERDE
 Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA PE Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

com dor abdominal - tipo cólica, iniciada há 12 horas, referindo-se a uma leve piora quando do uso de alimentos, por isso...

Exame Físico

paciente consciente, bem hidratado, sem febre, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de trauma, sem sinais de...

Hipótese Diagnóstica

1. Doença de Crohn (D.C.) - 15%
 2. Doença de Crohn (D.C.) - 15%
 3. Doença de Crohn (D.C.) - 15%

Prescrição Médica

1. Analgésico
 2. Antiespasmódico
 3. Antidotante
 4. Anticoagulante
 5. Antidepressivo
 6. Antidopaminérgico
 7. Antidrogas
 8. Antidoto
 9. Antidoto
 10. Antidoto
 11. Antidoto
 12. Antidoto
 13. Antidoto
 14. Antidoto
 15. Antidoto
 16. Antidoto
 17. Antidoto
 18. Antidoto
 19. Antidoto
 20. Antidoto
 21. Antidoto
 22. Antidoto
 23. Antidoto
 24. Antidoto
 25. Antidoto
 26. Antidoto
 27. Antidoto
 28. Antidoto
 29. Antidoto
 30. Antidoto
 31. Antidoto
 32. Antidoto
 33. Antidoto
 34. Antidoto
 35. Antidoto
 36. Antidoto
 37. Antidoto
 38. Antidoto
 39. Antidoto
 40. Antidoto
 41. Antidoto
 42. Antidoto
 43. Antidoto
 44. Antidoto
 45. Antidoto
 46. Antidoto
 47. Antidoto
 48. Antidoto
 49. Antidoto
 50. Antidoto
 51. Antidoto
 52. Antidoto
 53. Antidoto
 54. Antidoto
 55. Antidoto
 56. Antidoto
 57. Antidoto
 58. Antidoto
 59. Antidoto
 60. Antidoto
 61. Antidoto
 62. Antidoto
 63. Antidoto
 64. Antidoto
 65. Antidoto
 66. Antidoto
 67. Antidoto
 68. Antidoto
 69. Antidoto
 70. Antidoto
 71. Antidoto
 72. Antidoto
 73. Antidoto
 74. Antidoto
 75. Antidoto
 76. Antidoto
 77. Antidoto
 78. Antidoto
 79. Antidoto
 80. Antidoto
 81. Antidoto
 82. Antidoto
 83. Antidoto
 84. Antidoto
 85. Antidoto
 86. Antidoto
 87. Antidoto
 88. Antidoto
 89. Antidoto
 90. Antidoto
 91. Antidoto
 92. Antidoto
 93. Antidoto
 94. Antidoto
 95. Antidoto
 96. Antidoto
 97. Antidoto
 98. Antidoto
 99. Antidoto
 100. Antidoto

EXCELSOR SECUR

17 SET 2018

SECURE

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
 () Transferido Para
 () Encaminhado ao setor de Internação

cl: Alta de Emergência
 a enfermaria

Sistema de Gestão
 Siga
 CRM



HCSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 12/04/2018 19:23

Nome Paciente: ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Cód. Paciente: 114041
Data de Nascimento: 11/01/2003
Sexo: Feminino
Idade: 15
Senha: 0034
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 424238
SAME: 101196

Período: 12/04/2018 19:40 - 12/04/2018 19:47

GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ATROPELADA POR MOTO HÁ 2H. REFERE DOR E EDEMA MIE. NEGA DESMAIOS, VÔMITOS E PERDA DE CONSCIÊNCIA. FERIMENTO EM MIE.

Observação: PACIENTE ENCAMINHADA COM SAMU ITAPISSUMA.
NEGA ALERGIAS, HAS, DM.
DEFICIENTE AUDITIVA.

Histórico sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: CIRURGIA GERAL

REVISADO
NEDLIMA

Período: 12/04/2018 19:40 - 12/04/2018 19:43

GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE ATROPELADA POR MOTO HÁ 2H. REFERE DOR E EDEMA MIE. NEGA DESMAIOS, VÔMITOS E PERDA DE CONSCIÊNCIA.

Observação: PACIENTE ENCAMINHADA COM SAMU ITAPISSUMA.
NEGA ALERGIAS, HAS, DM.

Histórico sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- GLICOSE: 98.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

HCSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Assinatura de Pele

Sr () Não ()

Assinatura de Pele

Assinatura de Pele

Assinatura de Pele

Assinatura de Pele

Acolhido(a) por: GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/04/2018 19:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

EXCELSIOR SEGURANÇA
17 SET 2018
SEGURANÇA





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRARES	2 - CNES	6431888
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRARES	4 - CNES	6431888

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES			6 - Nº Prontuário	114841
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Pseudo	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
	11/01/2003	M	03 - Parda		
11 - Nome da Mãe	MARLENE MARIA ALVES			12 - Telefone de Contato	8181478830
13 - Nome Responsável	MAIZA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA PESQUEIRA, 26 - BARRA VERDE				
16 - Município	17 - INE	18 - UF	19 - CEP		
ILHA DE ITAMARACA	200700	PE	53880000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Descrição Sintoma e Sinais Clínicos	TE COM LIMITAÇÃO AUDITIVA E ADMITIDA APRESENTANDO DOR EM TOPOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA; REBA ALERGIA MEDICAMENTOSA; RARA REVELA FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA; AO EXAME: EVIDENCIADO SAÍDA DE HEMATOMA FRATURÁRIO EM PERÍMETRO <1 CM				
--	--	--	--	--	--

21 - Condições que justificam a internação	EXCELSIOR SEGUROS
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS	17 SET 2019

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	SEGURO DPVAT
AS SUPRA CITADAS	

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA EXPOSTA	S822	2000	03.01.06.007-0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA	0408000225		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	70000000000000000000
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
THIAGO MENDONÇA FERREIRA	12/04/2018	24728	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E280000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH
261810158979-6

Código do Laudo: 434238



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **424244**

Unidade: **MAIARAAM**

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES** Prontuário: **114041**
Idade: **15a-3m 0d** Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO** Data de Nascimento: **11/1/2003**
Profissão: _____ Escolaridade: _____
R.G.: **7308101** C.P.F.: **07783044425** Telefone: _____ CEP: **53900000**
Endereço: **RUA PESQUEIRA**, 20 - **BADIA VERDE** - **ILHA DE ITAMARACA** - **PE**
Origem: **URGENCIA/EMERGENCIA** Data e Hora de Internação: **12/4/2018 20:53**
Convênio: **SUS - INTERNACAO** Plano: **GERAL**
Unidade Internação: **VERDE 2 ORTOPEDIA** Acomodação: **ENFERMARIA DE OBSERVACAO** Leito: **VERDE2EXTRA**
Médico Internação: **THIAGO MENDONÇA FERREIRA**

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: **02505798**
Endereço: _____ Número: _____
Telefone: _____ Cidade: _____ Estado civil: _____
Assinatura: _____

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: **14/04/18** Hora da Alta: **14:00**
Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☒ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: **Resa com diátese clivica**
Diagnóstico Principal.....: **Fratura de tibia esquerda**
Diagnóstico Secundário01: _____
Diagnóstico Secundário02: _____
Procedimento.....: **Transferência**
Assinatura: _____
Dr. **Thiago Mendonça S. Pereira**
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26600
Médico e CRM: _____

Isabel Albani Alves Gonçalves
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAS bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Isabel Albani Alves Gonçalves
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EXCELSIOR SEGUROS
17 SET 2018



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES REG: 114041

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
12/4/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE COM LIMITAÇÃO AUDITIVA É ADMITIDA VÍTIMA DE ATROPELAMENTO REFERINDO DOR EM TOPOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA; RADIOGRAFIA REVELA FRATURA DIAFISÁRIA ESQUERDA; NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA;
	AO EXAME : PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, LÚCIDA, ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO; NEUROVASCULAR PRESERVADO
	A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DOR À PALPAÇÃO DA COLUNA
	B: RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE
	C: SEM EVIDÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO
	D: GLASGOW 15
	E: PERÍMETERO EM PORÇÃO MÉDIA DE PERNA ESQUERDA EM FACE LATERAL, COM SAÍDA DE HEMATOMA FRATURÁRIO, MENOR QUE 1 CM
	HD: - FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA EXPOSTA
	CD: - SOLICITO INTERNAMENTO SOB ORIENTAÇÃO DE DR. SORMANE BRITTO
	- DIETA ZERO
	- AO BLOCO CIRÚRGICO APÓS AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

Dr. Hugo Henrique Figueira
Médico
CRM: 24.724

EXCELSIOR REGISTRO

17 SET 2018



22/04/16

507

no there is no payment for
insurance for Dr. Soriano.
no there is no payment for insurance
with the insurance company.

CD - Soriano for - of
- Montante APT de of -

Dr. Manoel Oliveira Ferreira
Médico
CRM-PE 24.728

EXCELSIOR SEGUROS
17 SET 2016
SEGURADOR

13/04/16

507

CD - Ex. 11/11/16

Re. estabelecido

Ex. 11/11/16, consistentemente, delimita a condição de trabalho.

MTB - Tala 100 - padlock de trabalho. NÚCLEO.

CD - Lab (13/04/16): Hb = 14,3 / Ht = 35,3 / Pgt = 214.000 / INH = 1,1
Ag. cirurgia

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 24.728

14/04/16

507

CD - As. 14/04/16

Re. Ex. 11/11/16, consistentemente, delimita a condição de trabalho.

MTB - Tala 100 - padlock de trabalho. NÚCLEO.

CD - Lab (13/04/16) ex

Ag. cirurgia

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 24.728

14/04/16

507

16:00

Transferência

Dr. Icaro Mota de S. Pereira
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 24.728



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 06/08/2018 17:39

Atendimento: 279026 Entrada: 14/04/2018 Hora: 17:34
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: MARIA NOEMIA DA SILVA
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saída: 18/04/2018 Hora: 18:10
Matrícula:
Identidade: 1399531
C.N.S.: 709007822343414

Paciente: 1614050 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Nascimento: 11/01/2003 (15 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA PESQUIERA
Bairro: RIO AMBAR C.E.P.: 53900-000
Cidade: 2607604 ILHA DE ITAMARACA
Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
Mãe: MARILENE MARIA ALVES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 07783044425
Identidade: 7308101 - SDS - PE
Telefone: / 91904715
G. Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 04/06/2018 - 18:46

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA CRM 15595)

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Equipe:
Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA - CRM: 15595
Aux 1:
Anestesiista: PABLO GOMES CRM: 20.031
Instrumentador: EDER

FRATURA OSSOS DA PERNA ESQ - FISTULA INFECTADA

DESRIOAMENTO - LIMPEZA CIRURGICA

O mesmo

Não houve

1) PCT ANESTESIA

2) AMPLIAÇÃO DA ENTRADA DOS PIVOS

3) DESRIOAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS - LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%

4) SUTURA POR APROXIMAÇÃO

5) LAVAGEM COM SORO

6) CURATIVOS

EXCELSIOR SEGUROS

17 SET 2018

SEBASTIAN LIMA



Em: 04/06/2018 - 05:32

AVALIAÇÃO (Dr. ANA LAURA AURELIANO CRM 21758)

**12 DIH: PÓS - OP INFECTADO - FRATURA DOS OSSOS DA PERNA
10DPO - LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO**

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS DE ALGIA

AO EXAME: SINAIS FLOGISTICOS PRESENTES, SECREÇÃO SEROSA DISCRETA

CD: AGUARDA CULTURA

EXCELSIOR SEGUROS
17 SET 2018
SEGUR - PRIVAT

EXCELSIOR SEGUROS
17 SET 2018
SEGUR - PRIVAT

Página 2 de 2



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 06/08/2018 17:38

Atendimento: 270026 Entrada: 14/04/2018 Hora: 17:34
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: MARIA NOEMIA DA SILVA
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saida: 18/04/2018 Hora: 18:10
Matrícula:
Identidade: 1308531
C.N.S.: 708007822343414

Paciente: 1614060 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Nascimento: 11/01/2003 (15 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA PESQUEIRA
Bairro: RIO AMBAR C.E.P.: 53900-000
Cidade: 2807804 ILHA DE ITAMARACA
Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
Mãe: MARILENE MARIA ALVES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 07783044428
Identidade: 7308101 - SDS - PE
Telefone: / 91904715
G. Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Prontuário - 06/08/2018 - 17:38

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA (Dr. HERMES WAGNER CRM 8963)

Equipe:

Cirurgião: HERMES WAGNER - CRM : 8963

Aux 1: DR ALVARO , DR ROGERIO

Anestesiista:

Instrumentador: EDER

INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO POS OSTEOSINTESE DE TÍBIA DIÁFISÁRIA, COM HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA E

LIMPEZA CIRÚRGICA + RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE + FIXADOR EXTERNO DE TÍBIA E

O mesmo

Não houve

ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

APOSIÇÃO DOS CAMPOS.

REALIZADO INCISÕES PARA RETIRADA DE PARAPUSOS DA HASTE + RETIRADA DA HASTE INTRAMEDULAR

REALIZADO FRESAGEM COM LAVAGEM COM SF 0,9%

REALIZADO INCISÃO NA REGIÃO MÉDIA DA PERNA, COM SAÍDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA E
DE TECIDOS DESVITALIZADOS

REALIZADO LAVAGEM ABUNDANTE DAS FERIDAS

COLOCADO FIXADOR EXTERNO LINEAR NA TÍBIA E .

REALIZADO APROXIMAÇÃO DE BORDAS DE FERIDA COM NYLON

CURATIVO ESTÉRIL

Projeto Memorial Hospital Armino Moura

UAB

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Recife (61) 3526-2013

Av. Glória Camargo, 100 - J. 1000

EXCELSIOR SEGUROS

17 SET 2011

SEGUROS

Página 1 de 2



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 06/08/2018 17:34

Atendimento: 279028 Entrada: 14/04/2018 Hora: 17:34
 Plano: SUS - ELETIVAS
 Responsável: MARIA NOEMIA DA SILVA
 Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saída: 18/04/2018 Hora: 18:10
 Matrícula:
 Identidade: 1309531
 C.N.S.: 709007822343414

Paciente: 1014050 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
 Nascimento: 11/01/2003 (15 Anos e 6 Meses)
 Endereço: RUA PESQUEIRA
 Bairro: RIO AMBAR C.E.P.: 53900-000
 Cidade: 2807804 ILHA DE ITAMARACA
 Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
 Mãe: MARILENE MARIA ALVES
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
 Estado Civil: SOLTEIRO
 C.P.F.: 07783044425
 Identidade: 7308101 - SDS - PE
 Telefone: / 91804715
 G. Instrução:
 Ocupação: ESTUDANTE
 Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

06/08/2018 17:34

CONSULTA NA URGÊNCIA - DR. ISMAIS CAMALANTE FERNANDES CRM 19557

FICHA DE ADMISSÃO

EXCELSIOR SERRA
 17 SET 2018

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	PÓS - OP INFECTADO - FRATURA DOS OSSOS DA PERNA
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	
ORIGEM:	DEMANDA
DATA TRAUMA:	
CIRURGIA:	16/04/2018
CONDIÇÕES DE PELE:	BOAS
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	() SES (X) DEMANDA - AMBULATÓRIO DE EGRESSOS
EXAMES COM O PACIENTE:	
() LABORATÓRIO () RXM / TAC (X) RADIOGRAFIAS	
CONDUTA NO INTERNAMENTO:	
RX: () COXA () JOELHO (X) PERNA () TORNOZELO () ANTEBRAÇO () COTOVELO () FUNHO	
TALA: () CONOPODÁLICA () BOTA () AXILOPALMAR	
(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO:	
() PARECER CARDIOLÓGICO	

Memoriz. Hospital Moura
 S.A. e Estatística
 de Arquivo e 2013



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 06/08/2018 17:35

Atendimento: 279026 Entrada: 14/04/2018 Hora: 17:34
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: MARIA NOEMIA DA SILVA
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saída: 18/04/2018 Hora: 18:10
Matrícula:
Identidade: 1399531
C.N.S.: 709007822343414

Paciente: 1614050 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Nascimento: 11/01/2003 (15 Anos e 8 Meses)
Endereço: RUA PESQUIERA
Bairro: RIO AMBAR C.E.P.: 53900-000
Cidade: 2607604 ILHA DE ITAMARACA
Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
Mãe: MARILENE MARIA ALVES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 07783044425
Identidade: 7308101 - SDS - PE
Telefone: / 91904715
G. Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 27/06/2018 - 07:52

AVALIAÇÃO (Dr. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA CRM 15595)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: DEMANDA
DATA DA ADMISSÃO: 22/05/2018
DATA DA ALTA: 25/06/2018

HD: OP INFECTADO - FRATURA DOS OSSOS DA PERNA
DPO - NOVA LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4),
FO sem sinais flogísticos.

CD: 1) Alta Hospitalar + Orientações.

EXCELSIOR SEGUROS
17 SET 2018



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 06/08/2018 17:32

Atendimento: 279026 Entrada: 14/04/2018 Hora: 17:34
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: MARIA NOEMIA DA SILVA
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saida: 18/04/2018 Hora: 18:10
Matrícula:
Identidade: 1399531
C.N.S.: 709007822343414

Paciente: 1614050 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES
Nascimento: 11/01/2003 (15 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA PESQUIERA
Bairro: RIO AMBAR C.E.P.: 53900-000
Cidade: 2607604 ILHA DE ITAMARACA
Pai: ALBANO DA SILVA GONCALVES
Mãe: MARILENE MARIA ALVES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 07783044425
Identidade: 7308101 - SDS - PE
Telefone: / 91904715
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 14/04/2018 - 17:47

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, VEM DO HMA

Exame físico:

DOR + DEFORMIDADE

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - INTERNAMENTO TALA COXOPODALICA	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

EXCELSIOR SEGURANÇA

17 SET 2018

SECURITY

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/01/2020 09:22:57
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012309225738000000055898075
Número do documento: 20012309225738000000055898075



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 INSTITUTO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ALVARO DA SILVA CORREIA

SEX: MASCULINO
 DATA DE NASCIMENTO: 10/05/2004

DATA DE EMISSÃO: 10/05/2010

VALIDADE: 10/05/2015

LOCAL DE EMISSÃO: DETRAN PE

ASSINADO: [Assinatura]

DETRAN PE - PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS

17/01/2010

366111111

VÁLIDA EM TODAS
 AS IDENTIFICAÇÕES
 1299296680

PRIMEIRO PLANO CAS
 1299296680



1024537059

1024537059



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180431999

Cidade: Ilha de Itamaracá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES

Data do acidente: 12/04/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO + HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALBANO DA SILVA GONCALVES**

Nº Sinistro: **3180431999**

Vítima: **ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES**

Data do Acidente: **12/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180431999**.

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 13379427

Pag. 00373/00374 - carta_01 - INVALIDEZ

00020187



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALBANO DA SILVA GONCALVES**
Nº Sinistro: **3180431999**
Vítima: **ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES**
Data do Acidente: **12/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180431999**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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: 01713/01714 - carta_03 - INVALIDEZ

00050857



Carta nº 13381323



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180431999

Cidade: Ilha de Itamaracá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES

Data do acidente: 12/04/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO + HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 entre 16 e 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")

Numero do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: _____ Nome completo da vítima: ALBANE ALBANI ALVES CORDEIRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>ALBANE ALBANI ALVES CORDEIRO</u>	CPF titular da conta <u>049.533.734-22</u>	Profissão _____
Endereço <u>RUA ROBERTO</u>	Número <u>76</u>	Complemento _____
Bairro <u>BAIRRO NOVO</u>	Cidade <u>STAMARACA</u>	Estado <u>PE</u>
E-mail _____	CEP <u>55.700-000</u>	Telefone (DDD) <u>071 73630 5660</u>

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 RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00	☐ SEM RENDA RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00	☐ ATE R\$ 1.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00	☐ RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO: _____ Nº da conta: _____	
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) AGÊNCIA: <u>2546</u> (informar dígito se existir)		AGÊNCIA: _____ (informar dígito se existir)	
CONTA: <u>11020095</u> (informar dígito se existir)		CONTA: _____ (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.

EXCERTE SE ASSINAR

STAMARACA 13 de setembro de 2013
Local e Data

Albani Alves Cordeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE 001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 entre 16 e 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 ASI

3180 330621

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ALBANO DA SILVA GONÇALVES

CPF titular da conta

045.532.984-22

Profissão

Endereço

RUA RIBEIRÃO

Número

76

Complemento

Bairro

BAIRRO NOVO

Cidade

STAMARICA

Estado

PE

CEP

53.900-000

E-mail

Telefone (DDD)

81.93630.5660

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

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRABESCO (737)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

nome

CAIXA

Nº

104

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

2546

020695

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

STAMARICA 17 de OUTUBRO de 2013

Local e Data

EXCELSIOR SEGUROS

17 OUT 2013

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPDF 001 V001/2017

0262190/13

EXPLORAR O DOCUMENTO

11/04/2018

11/04/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0120000762**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/04/2018** às **11:00**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/4/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO P GUERRA, 1 - Bairro: RIO AMBAR
ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR VAGENTE)
ALBANO DA SILVA GONÇALVES (NOTICIANTE)
I.A. A. G. (MENOR) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a). AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA

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

AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: **26/11/1991** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SENADOR PAULO GUERRA, 1, VILA ELDORADO - CEP: 0 - Bairro: BAIXA VERDE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALBANO DA SILVA GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: **MARIA LUCIA DA SILVA GONÇALVES** Pai: **VALDECY GALDINO GONÇALVES** Data de Nascimento: **12/1/1983** Nacionalidade: **IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6053428/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **PESCADOR**
Telefones Celulares: **91476920**

Endereço Residencial: **RUA RIBEIRAO, 76 - CEP: 0 - Bairro: RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

I.A. A. G. (MENOR) (não presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe: **MARILENE MARIA ALVES** Pai: **ALBANO DA SILVA GONÇALVES** Data de Nascimento: **11/1/2003** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7308101/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **991476920**
986353475

Endereço Residencial: **RUA PESQUEIRA, 20 - CEP: 0 - Bairro: RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



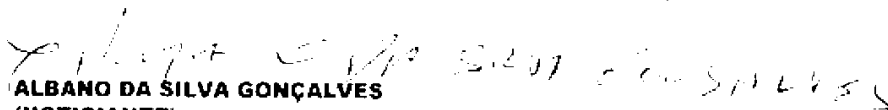
VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA** (que estava com posse e domínio) Sr(a) **AUGUSTO JOSE DA SILVA OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q-2** Objeto apreendido **Não**
Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa **PDL8181** (PERNAMBUCO/ITAMARACA)
Ano Fabricação/Modelo **2014/NÃO INFORMADO** Combustível **GAS**

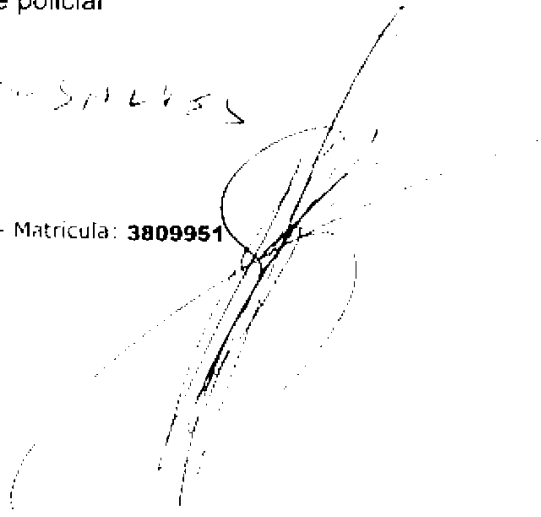
Complemento / Observação

SEGUNDO RELATA O NOTICIANTE, QUE A SUA FILHA MENOR, I.A.A.G.(MENOR), QUE SE ENCONTRARA NO MENCIONADO LOCAL, E, AO TENTAR ATRAVESSAR A VIA, FORA TROPELADA PELO MENCIONADO VEICULO, E SENDO PILOTADO PELA PESSOA DE JOSE AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA(AUTOR),; ADIANTOU AINDA QUE IMEDIATAMENTE CHEGOU AO LOCAL, UMA EQUIPE DA GUARDA MUNICIPAL LOCAL, E QUE MAIS TARDE, A MENOR I.A.A.G., FERIDA, FORA REMOVIDA PELO SAMU DE ITAPISSUMA, PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRÃES.

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


ALBANO DA SILVA GONÇALVES
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **BENEVAL DOS SANTOS BANDEIRA** - Matrícula: **3809951**



EXCELSA SÉRIOS

17 JUL 2020



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 devera 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 devera assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LABAC ALBANI ALVES GONÇALVES

CPF da Vítima

Data do Acidente

12-04-2013

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ALBANI ALVES GONÇALVES

E-mail

CPF do Representante legal

095.530.789-42

Telefone (DDD)

(51) 3366-5067

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 Lider 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.

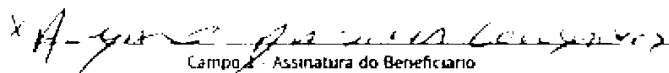
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL 2013

SIMARANA 12 de junho de 2013

Local e Data

X 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DIAL1001 V001/2017



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES

CPF da Vítima

Data do Acidente

12-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ALBANO DA SILVA GONÇALVES

CPF do Representante legal

045.532.984-22

E-mail

Telefone (DDD)

31 93680 5660

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenizações 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 a perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.

EXCELSIOR SEGUROS

10/10/2018

DECLARAÇÃO DPVAT

ITAMARACA, 17 de OUTUBRO de 2013

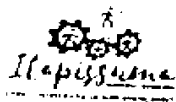
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



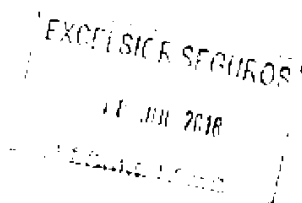


Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 020/2018
EM: 23/04/2018



Declaramos que no dia 12 de abril de 2018, o **Sta. ISABEL ALBANI ALVES GOMES**, portador do Documento de Identidade RG nº **7.308.101 SDS/PE** e CPF: **077.830.000-00**, atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Municipal de Itapissuma, sobre o **QTC: S 463073**, vítima **ATROPELAMENTO** próximo ao Templo do município de **ITAMARACÁ/PE**, por volta das 18h00minhs, paciente removida para o Hospital **MIGUEL ARRAES/PE**.

Itapissuma, 23 de ABRIL de 2018.

Gladys Accioly

Coord. SAMU Itapissuma

MAR. 04.5.127

Dra. GLADYS ACCIOLY DE MENEZES DE BARROS E SILVA
Coordenadora Geral do SAMU metropolitano - Itapissuma



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBANO DA SILVA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 000000020695-7

Nr. da Autenticação 89AC6045D9E707A9

