



Número: **0079998-19.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/11/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIAO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57056304	28/01/2020 15:05	2686568_CONTESTACAO_03	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/P

Processo: 00799981920198172001

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."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 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 **DAMIAO RODRIGUES DA SILVA**, 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 **09/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 04/09/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

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



Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE Ocorrência

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 04/09/2019 após 02 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 09/07/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.



No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

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.

¹“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)



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.

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 geral².

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 vítima³.

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.

² 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.

³ **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.”



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.

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 citação⁴.

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 ação⁵

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.

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º . (...)**

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



Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme 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 horários 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 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, 27 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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DAMIAO RODRIGUES DA SILVA**, em curso perante a **12ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00799981920198172001.

Rio de Janeiro, 27 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: **0079998-19.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/11/2019**

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

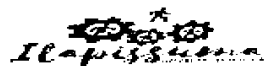
Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIAO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57056305	28/01/2020 15:05	ANEXO 1	Outros (Documento)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPISSUMA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaro para devidos fins, que o paciente
Damiano Rodrigues da Silva recebe acom-
panhamento fisioterapêutico devido a
fratura do 5.º metacarpo direito após
sofrer acidente automobilístico há cerca
de dois meses, apresentando diminuição
de força muscular e dor. CID 10: S62.3

Dra. Daniely K. S. Bernardino
CREFITO: 244839-F


Itapissuma 17/09/19

Médico

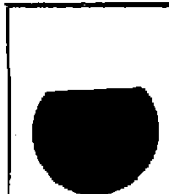


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/07/2019 15:35



Nome Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/02/1983
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0028
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/07/2019 15:58 - 25/07/2019 16:01

MARCELO ROBSON OLIVEIRA PEREIRA MATOS - COREN: 454133 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal: ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA SENHA : 5733372
RELATA QUEDA DE MOTO APOS DESVIO DE CARRO, FRATURA METACARPIO DIREITO

Observação: NEGA ALERGIAS, NEGA HAS/DM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Eliminador(es):
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

RECEBIDO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local
Enfermeiro

Acolhido(a) por: MARCELO ROBSON OLIVEIRA PEREIRA MATOS - COREN: 454133 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/07/2019 16:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 487871

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 25/07/2019 16:10

Paciente: 127836 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 13/02/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Nome do Pai: MOISES RODRIGUES DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12345
Endereço: RUA L 356 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ITAPISSUMA PE Usuário Atendimento: HANNESSAKCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente encaminhado da UPA de Olinda, com relato de queda de moto há 16 dias sendo inicialmente tratado conservador, porém em revisão após 16 dias foi encontrada a fratura como descrita. Negou comorbidades ou alergias. Trauma em membro direito.

Exame Físico

ECG: BATE, supino e de pé. Mão D com edema e dor ao toque. Hérnia de 5º LDD (flexão parcial) limitada pela dor.
Rx: Fr de Fx de 5º MTC E, dígito D

Hipótese Diagnóstico

Fr de 5º MTC (E), dígito (D)

Prescrição Médica

- 1) Internamento hospitalar para tratamento cirúrgico.
- 2) Solução Rx + GAB pré-op.
- 3) VPN.

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico

CRM-PE 27906 CRM-BA 13032

+ Dr. Juliano Macielado

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	DAMIAO RODRIGUES DA SILVA			6 - Nº Prontuário	127836
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
409204208	13/02/1983	M	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA LUCIA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8199146193
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA L, 356 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ITAPISSUMA	260775	PE	53700000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA, COM RELATO DE QÜEDA DE MOTOCICLETA HA 16 DIAS, APRESENTANDO FRATURA DE 5º MET. DIREITO SENDO MENTE TRATADA CONSERVADORAMENTE. PORÉM EM REVISÃO APÓS 14 DIAS FOI AVALIADA A FRATURA COMO DESVIADA, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS. TRAUMA OCORRIDO EM MÃO DOMINANTE.

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO	9623	V299	03.08.01.003.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS	0408020377		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016277746192
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA	25/07/2019	Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes Médico	15979

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Boleto	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor	62 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
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)	
	Dr. Francisco Couto Traumatologista Ortopedista Cirurgião de Joelho CRM/13246 EOT 7447	

Código do Laudo: 487871

AIH
261910218908-8





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DAMAZO RODRIGUES DA SILVA REG: 127836

IDADE: 36 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 25/7/2019 DATA DA ALTA 30/07/19

DIAGNÓSTICO: FX 3ª MTC

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 110 - 6 semanas

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO - Sem retorno
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - 15 dias
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE M. Hugo Figueira - 02 semanas
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA (X)

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Dr. Ayron Ferraz
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 23.880

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 488043

Usuário: ROSEANERSN

DADOS DO PACIENTE

Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA	Prontuário: 127836
Idade: 36a 5m 14d	Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 13/02/1983
Profissão:	Escolaridade:
6409923	C.P.F.:
Endereço: RUA E	Telefone: 356 - CENTRO
	CEP 53700000
	DIARISSUNA PE
Dados da Internação	
Clínica: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 26/07/2019 16:11
Plano: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: 5 AND - ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: ORTL-514-LEITO 004

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 06.08.219
Endereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 20/07/19	Hora da Alta: 07:30
Alto: ☒ Melhorado	☐ A Pedido
☐ Transferência	☐ Óbito
☐ Evasão	
Condições de Alta: Ex 5º MT C ①	
Diagnóstico Principal.....: MC HODAS	
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Liberação.....: Com S.A. V.A.H.	
Assinatura e RG do responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

CRM-PE 25.980
Ortopedia/Traumatologia
Dr. Ailton F. F. F. F.
Médico e CRM:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES 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 _____

Damiao R. da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 488043

Dt Atendimento: 28/07/2019 - 16:11

Dt Alta: 30/07/2019 - 10:03

Paciente: 127836 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convenio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 84 ORTL-514-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MAIARASS

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

MAIARA SEVERINA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora recebida da senha: 16/07/2019 08:27

Nome Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0070
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/07/2019 09:12 - 16/07/2019 09:13

MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal: RETORNO DE ORTOPEDIA

Observação: ALERGIA -

Fluxograma sintoma: REVISÃO DE ORTOPEDIA

Discriminador(es): - REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/07/2019 09:13

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1495151

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 18/07/2019 09:17

Paciente: 515788 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 13/02/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Nome do Pai: SEM DOC
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA L _____ 356 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ITAPISSUMA PE Cep: 53700000 Usuário Atendimento: LUANNAAMO
RG (Identidade): _____ Data de Emissão: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Fone: 92878420
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

fratura de fêmur

Exame Físico

art. Lm 1/ma

Hipótese Diagnóstica

Fratura de fêmur D. (030309022)

Conduta Terapêutica

na mão D. (Sem tala)

Prescrição Médica

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

*Dr. Edmar B. Lobo Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 14573*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha: _____

Carimbo/Médico

*Dr. Edmar B. Lobo Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 14573*



1495151

IMOBILIZAÇÃO



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/07/2019 07:08

Nome Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0039
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/07/2019 08:04 - 23/07/2019 08:05

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal: RETORNO DE ORTOPEDIA

Observação: ALERGIA-

Fluxograma sintoma: REVISÃO DE ORTOPEDIA

Discriminador(es): - REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/07/2019 08:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/07/2019 09:08

Nome Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente: 515788
Data de Nascimento: 13/02/1983
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0034
Convênio:
Atendimento: LUCIA DOURADO
SAME: ENFL

Período: 24/07/2019 09:10 - 24/07/2019 09:10

GISELMA LEITE DA SILVA - COREN: 363889 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: FRATURA EM MAO DIREITA
Observação: RENOVAÇÃO DE PRONTUARIO
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GISELMA LEITE DA SILVA - COREN: 363889 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/07/2019 09:10

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1498454

Senha da Classificação:

Data e Hora: 24/07/2019 09:11

Paciente: 515788 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Nome do Pai: SEM DOC

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA L

CEP: 53700000

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAPISSUMA

PE

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 92876420

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/07/2019 11:15

	Nome Paciente:	DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	13/02/1983
	Sexo:	Masculino
	Idade:	36
	Senha:	0123
	Convênio:	
Atendimento:		
SAME:		

Período: 25/07/2019 11:15 - 25/07/2019 11:16

LUCIANA SILVA PEREIRA - COREN: 203547 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

FRATURA EM MÃO D

Observação:

RENOVAÇÃO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: LUCIANA SILVA PEREIRA - COREN: 203547 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/07/2019 11:16

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1498770

Data e Hora: 25/07/2019 11:18

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 515788 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 13/02/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Nome do Pai: SEM DOC
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA L 356 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ITAPISSUMA PE Cep: 53700000 Usuário Atendimento: ALESSANDRACS
RG (Identidade): _____ Data de Emissão: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Fone: 92876420
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____

Senha: _____

Carimbo/Médico

25/07/19 1800 transferido para HMA

MP Rosângela Moreira
COREN-PE 176068-EME



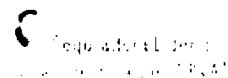
1498770





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 15:05:26
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815052669700000056124238>
 Número do documento: 20012815052669700000056124238

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376076/19
Vítima: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
CPF: 049.619.544-11
CPF de: Próprio
Data do acidente: 09/07/2019
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Titular do CPF: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DAMIAO RODRIGUES DA SILVA : 049.619.544-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607760

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Data do acidente: 09/07/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: PÁG.5, DATA:30/07/2019, DR.AYRON FERRAZ CRM:PE23960, HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607760

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Data do acidente: 09/07/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: PÁG.5, DATA:30/07/2019, DR.AYRON FERRAZ CRM:PE23960, HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607760

Vítima: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

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 15038902





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190607760 Vítima: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 30/07/2019, emitido pelo Dr. AYRON FERRAZ CRM nº 23960 - PE, da Instituição HOSPITAL MIGUEL ARRAES., que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01947/01948 - cartã_31 - INVALIDEZ

00060974



Carta nº 15070647



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **049.619.544-11** Nome completo da vítima: **DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA** CPF: **049.619.544-11**
 Profissão: **SERRALHEIRO** Endereço: **RUA L** Número: **356** Complemento: **CASA**
 Bairro: **BOIAFÓFO** Cidade: **ITAPISSUMA** Estado: **PE** CEP: **53.700-000**
 E-mail: **balbinospe@hotmail.com** (81) 989441108 (81) 3538-0069

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

REDA MENSAL:
☐ AFUISO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2191** CONTA: **00054626** **4** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 ciente, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço, portanto, assinar, sob pena de ressarcimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, reconhecendo, desde já, em nome e por conta de minha pessoa, a validade da avaliação médica e da quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grande Parentesco com a vítima: _____ Vítima de seu companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima do seu companheiro(a), informar nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima de seu nascer? ☐ Sim ☐ Não 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, entendendo, desde já, de que qualquer um desses ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Local e Data: **Boqueirão 09/10/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário declarante

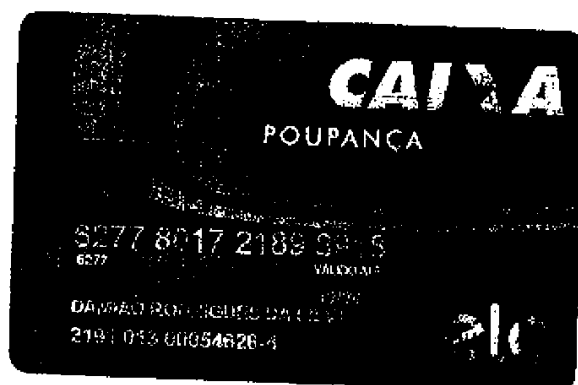
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SER RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a ciência plena do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

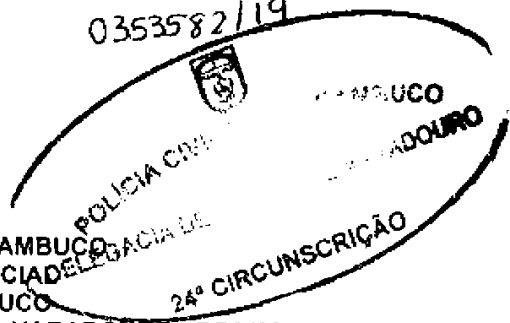
SPS.001 V001/2018







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114007638**

0376076/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/09/2019** às **12:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/7/2019** às **07:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TABAJARA (BAIRRO), 01, PE 15** - Bairro: **CENTRO** - **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **UPA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE (AUTOR AGENTE)
COSMA MARIA DO CARMO (OUTRO)
PROPRIETARIO DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE (OUTRO)
DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA

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

DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **MOISES RODRIGUS DA SILVA** Data de Nascimento: **13/2/1983** Naturalidade: **ITAPISSUMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6409923/SSP/PE (RG)** **04961954411 (CPF)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **SERRALHEIRO** Telefones Celulares: **- 81991461937**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 356, RUA L - BOTAFOGO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

COSMA MARIA DO CARMO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **LAURINETE MAIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NILTON JOSE DO CARMO** Data de Nascimento: **8/7/1994** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9451478/SDS/PE (RG)** **11643743465 (CPF)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 81992143362**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 356, RUA L - BOTAFOGO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



PROPRIETARIO DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI, ANO 2013/2014, COR VERMELHA, PLACA PGQ 5002. (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **COSMA MARIA DO CARMO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **PGQ5002** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI, ANO 2013/2014, COR VERMELHA, PLACA PGQ 5002.**

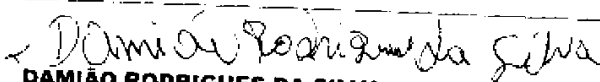
VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PROPRIETARIO DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE DESCONHECIDO**

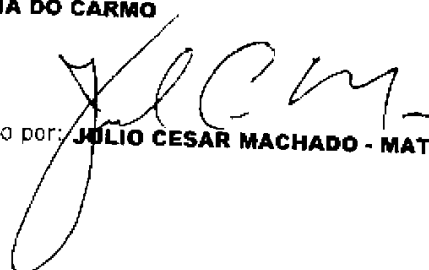
Complemento / Observação

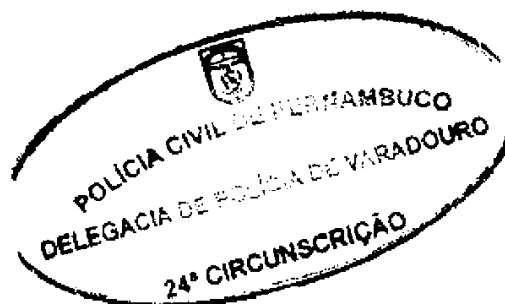
COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA, QUEIXANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO. ALEGA O QUEIXOSO QUE TRANSITAVA PELA PE 15, COM A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI, ANO 2013/2014, COR VERMELHA, PLACA PGQ 5002, QUANDO DE REPENTE UM VEICULO DESCONHECIDO, FREIO BRUSCAMENTE, FAZENDO COM QUE O QUEIXOSO, AO DESVIAR DO VEICULO, PERDESSE O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR AO CHÃO, SE LESIONANDO, SOFRENDO UMA FRATURA NA MÃO DIREITA, E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE FOI SOCORRIDO PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO 1495151, PACIENTE 515788, E LOGO EM SEGUIDA PARA O MIGUEL ARRAES, ATENDIMENTO 488043

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


DAMIÃO RODRIGUES DA SILVA
(VITIMA)

COSMA MARIA DO CARMO
(OUTRO)

B.O. registrado por:  **JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5**



IPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora de entrada da senha: 09/07/2019 07:11

Nome Paciente: DAMIAO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 26
Senha: 0052
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 09/07/2019 07:24 - 09/07/2019 07:41

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

Cor: VERDE

Queixa Principal: DOR EM MÃO D APOS QUEDA DE MOTO

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES.
- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H.

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 09/07/2019 07:24 - 09/07/2019 07:34

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor: VERDE

Queixa Principal: DOR EM MÃO D APOS QUEDA DE MOTO

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/07/2019 07:41

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1491940

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 09/07/2019 07:43

Paciente: 515788 DAMIAO RODRIGUES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Nome do Pai: SEM DOC

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA L

356

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAPISSUMA

PE

Cep: 53700000

Usuário Atendimento: WARRLASS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 92876420

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Queda de mto. regular

Exame Físico

lim. a/w/p. p. a. n. a. p.

Hipótese Diagnóstico

Fratura 5. metacarpiano D. (0303090227)
Costuras feitas

Conduta Terapêutica

px joelho D. + punção D.

Prescrição Médica

talco gerado
lim. enprofundo
2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,115,116,117,118,119,120,121,122,123,124,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134,135,136,137,138,139,140,141,142,143,144,145,146,147,148,149,150,151,152,153,154,155,156,157,158,159,160,161,162,163,164,165,166,167,168,169,170,171,172,173,174,175,176,177,178,179,180,181,182,183,184,185,186,187,188,189,190,191,192,193,194,195,196,197,198,199,200,201,202,203,204,205,206,207,208,209,210,211,212,213,214,215,216,217,218,219,220,221,222,223,224,225,226,227,228,229,230,231,232,233,234,235,236,237,238,239,240,241,242,243,244,245,246,247,248,249,250,251,252,253,254,255,256,257,258,259,260,261,262,263,264,265,266,267,268,269,270,271,272,273,274,275,276,277,278,279,280,281,282,283,284,285,286,287,288,289,290,291,292,293,294,295,296,297,298,299,300,301,302,303,304,305,306,307,308,309,310,311,312,313,314,315,316,317,318,319,320,321,322,323,324,325,326,327,328,329,330,331,332,333,334,335,336,337,338,339,340,341,342,343,344,345,346,347,348,349,350,351,352,353,354,355,356,357,358,359,360,361,362,363,364,365,366,367,368,369,370,371,372,373,374,375,376,377,378,379,380,381,382,383,384,385,386,387,388,389,390,391,392,393,394,395,396,397,398,399,400,401,402,403,404,405,406,407,408,409,410,411,412,413,414,415,416,417,418,419,420,421,422,423,424,425,426,427,428,429,430,431,432,433,434,435,436,437,438,439,440,441,442,443,444,445,446,447,448,449,450,451,452,453,454,455,456,457,458,459,460,461,462,463,464,465,466,467,468,469,470,471,472,473,474,475,476,477,478,479,480,481,482,483,484,485,486,487,488,489,490,491,492,493,494,495,496,497,498,499,500,501,502,503,504,505,506,507,508,509,510,511,512,513,514,515,516,517,518,519,520,521,522,523,524,525,526,527,528,529,530,531,532,533,534,535,536,537,538,539,540,541,542,543,544,545,546,547,548,549,550,551,552,553,554,555,556,557,558,559,560,561,562,563,564,565,566,567,568,569,570,571,572,573,574,575,576,577,578,579,580,581,582,583,584,585,586,587,588,589,590,591,592,593,594,595,596,597,598,599,600,601,602,603,604,605,606,607,608,609,610,611,612,613,614,615,616,617,618,619,620,621,622,623,624,625,626,627,628,629,630,631,632,633,634,635,636,637,638,639,640,641,642,643,644,645,646,647,648,649,650,651,652,653,654,655,656,657,658,659,660,661,662,663,664,665,666,667,668,669,670,671,672,673,674,675,676,677,678,679,680,681,682,683,684,685,686,687,688,689,690,691,692,693,694,695,696,697,698,699,700,701,702,703,704,705,706,707,708,709,710,711,712,713,714,715,716,717,718,719,720,721,722,723,724,725,726,727,728,729,730,731,732,733,734,735,736,737,738,739,740,741,742,743,744,745,746,747,748,749,750,751,752,753,754,755,756,757,758,759,760,761,762,763,764,765,766,767,768,769,770,771,772,773,774,775,776,777,778,779,780,781,782,783,784,785,786,787,788,789,790,791,792,793,794,795,796,797,798,799,800,801,802,803,804,805,806,807,808,809,810,811,812,813,814,815,816,817,818,819,820,821,822,823,824,825,826,827,828,829,830,831,832,833,834,835,836,837,838,839,840,841,842,843,844,845,846,847,848,849,850,851,852,853,854,855,856,857,858,859,860,861,862,863,864,865,866,867,868,869,870,871,872,873,874,875,876,877,878,879,880,881,882,883,884,885,886,887,888,889,890,891,892,893,894,895,896,897,898,899,900,901,902,903,904,905,906,907,908,909,910,911,912,913,914,915,916,917,918,919,920,921,922,923,924,925,926,927,928,929,930,931,932,933,934,935,936,937,938,939,940,941,942,943,944,945,946,947,948,949,950,951,952,953,954,955,956,957,958,959,960,961,962,963,964,965,966,967,968,969,970,971,972,973,974,975,976,977,978,979,980,981,982,983,984,985,986,987,988,989,990,991,992,993,994,995,996,997,998,999,1000,1001,1002,1003,1004,1005,1006,1007,1008,1009,1010,1011,1012,1013,1014,1015,1016,1017,1018,1019,1020,1021,1022,1023,1024,1025,1026,1027,1028,1029,1030,1031,1032,1033,1034,1035,1036,1037,1038,1039,1040,1041,1042,1043,1044,1045,1046,1047,1048,1049,1050,1051,1052,1053,1054,1055,1056,1057,1058,1059,1060,1061,1062,1063,1064,1065,1066,1067,1068,1069,1070,1071,1072,1073,1074,1075,1076,1077,1078,1079,1080,1081,1082,1083,1084,1085,1086,1087,1088,1089,1090,1091,1092,1093,1094,1095,1096,1097,1098,1099,1100,1101,1102,1103,1104,1105,1106,1107,1108,1109,1110,1111,1112,1113,1114,1115,1116,1117,1118,1119,1120,1121,1122,1123,1124,1125,1126,1127,1128,1129,1130,1131,1132,1133,1134,1135,1136,1137,1138,1139,1140,1141,1142,1143,1144,1145,1146,1147,1148,1149,1150,1151,1152,1153,1154,1155,1156,1157,1158,1159,1160,1161,1162,1163,1164,1165,1166,1167,1168,1169,1170,1171,1172,1173,1174,1175,1176,1177,1178,1179,1180,1181,1182,1183,1184,1185,1186,1187,1188,1189,1190,1191,1192,1193,1194,1195,1196,1197,1198,1199,1200,1201,1202,1203,1204,1205,1206,1207,1208,1209,1210,1211,1212,1213,1214,1215,1216,1217,1218,1219,1220,1221,1222,1223,1224,1225,1226,1227,1228,1229,1230,1231,1232,1233,1234,1235,1236,1237,1238,1239,1240,1241,1242,1243,1244,1245,1246,1247,1248,1249,1250,1251,1252,1253,1254,1255,1256,1257,1258,1259,1260,1261,1262,1263,1264,1265,1266,1267,1268,1269,1270,1271,1272,1273,1274,1275,1276,1277,1278,1279,1280,1281,1282,1283,1284,1285,1286,1287,1288,1289,1290,1291,1292,1293,1294,1295,1296,1297,1298,1299,1300,1301,1302,1303,1304,1305,1306,1307,1308,1309,1310,1311,1312,1313,1314,1315,1316,1317,1318,1319,1320,1321,1322,1323,1324,1325,1326,1327,1328,1329,1330,1331,1332,1333,1334,1335,1336,1337,1338,1339,1340,1341,1342,1343,1344,1345,1346,1347,1348,1349,1350,1351,1352,1353,1354,1355,1356,1357,1358,1359,1360,1361,1362,1363,1364,1365,1366,1367,1368,1369,1370,1371,1372,1373,1374,1375,1376,1377,1378,1379,1380,1381,1382,1383,1384,1385,1386,1387,1388,1389,1390,1391,1392,1393,1394,1395,1396,1397,1398,1399,1400,1401,1402,1403,1404,1405,1406,1407,1408,1409,1410,1411,1412,1413,1414,1415,1416,1417,1418,1419,1420,1421,1422,1423,1424,1425,1426,1427,1428,1429,1430,1431,1432,1433,1434,1435,1436,1437,1438,1439,1440,1441,1442,1443,1444,1445,1446,1447,1448,1449,1450,1451,1452,1453,1454,1455,1456,1457,1458,1459,1460,1461,1462,1463,1464,1465,1466,1467,1468,1469,1470,1471,1472,1473,1474,1475,1476,1477,1478,1479,1480,1481,1482,1483,1484,1485,1486,1487,1488,1489,1490,1491,1492,1493,1494,1495,1496,1497,1498,1499,1500,1501,1502,1503,1504,1505,1506,1507,1508,1509,1510,1511,1512,1513,1514,1515,1516,1517,1518,1519,1520,1521,1522,1523,1524,1525,1526,1527,1528,1529,1530,1531,1532,1533,1534,1535,1536,1537,1538,1539,1540,1541,1542,1543,1544,1545,1546,1547,1548,1549,1550,1551,1552,1553,1554,1555,1556,1557,1558,1559,1560,1561,1562,1563,1564,1565,1566,1567,1568,1569,1570,1571,1572,1573,1574,1575,1576,1577,1578,1579,1580,1581,1582,1583,1584,1585,1586,1587,1588,1589,1590,1591,1592,1593,1594,1595,1596,1597,1598,1599,1600,1601,1602,1603,1604,1605,1606,1607,1608,1609,1610,1611,1612,1613,1614,1615,1616,1617,1618,1619,1620,1621,1622,1623,1624,1625,1626,1627,1628,1629,1630,1631,1632,1633,1634,1635,1636,1637,1638,1639,1640,1641,1642,1643,1644,1645,1646,1647,1648,1649,1650,1651,1652,1653,1654,1655,1656,1657,1658,1659,1660,1661,1662,1663,1664,1665,1666,1667,1668,1669,1670,1671,1672,1673,1674,1675,1676,1677,1678,1679,1680,1681,1682,1683,1684,1685,1686,1687,1688,1689,1690,1691,1692,1693,1694,1695,1696,1697,1698,1699,1700,1701,1702,1703,1704,1705,1706,1707,1708,1709,1710,1711,1712,1713,1714,1715,1716,1717,1718,1719,1720,1721,1722,1723,1724,1725,1726,1727,1728,1729,1730,1731,1732,1733,1734,1735,1736,1737,1738,1739,1740,1741,1742,1743,1744,1745,1746,1747,1748,1749,1750,1751,1752,1753,1754,1755,1756,1757,1758,1759,1760,1761,1762,1763,1764,1765,1766,1767,1768,1769,1770,1771,1772,1773,1774,1775,1776,1777,1778,1779,1780,1781,1782,1783,1784,1785,1786,1787,1788,1789,1790,1791,1792,1793,1794,1795,1796,1797,1798,1799,1800,1801,1802,1803,1804,1805,1806,1807,1808,1809,1810,1811,1812,1813,1814,1815,1816,1817,1818,1819,1820,1821,1822,1823,1824,1825,1826,1827,1828,1829,1830,1831,1832,1833,1834,1835,1836,1837,1838,1839,1840,1841,1842,1843,1844,1845,1846,1847,1848,1849,1850,1851,1852,1853,1854,1855,1856,1857,1858,1859,1860,1861,1862,1863,1864,1865,1866,1867,1868,1869,1870,1871,1872,1873,1874,1875,1876,1877,1878,1879,1880,1881,1882,1883,1884,1885,1886,1887,1888,1889,1890,1891,1892,1893,1894,1895,1896,1897,1898,1899,1900,1901,1902,1903,1904,1905,1906,1907,1908,1909,1910,1911,1912,1913,1914,1915,1916,1917,1918,1919,1920,1921,1922,1923,1924,1925,1926,1927,1928,1929,1930,1931,1932,1933,1934,1935,1936,1937,1938,1939,1940,1941,1942,1943,1944,1945,1946,1947,1948,1949,1950,1951,1952,1953,1954,1955,1956,1957,1958,1959,1960,1961,1962,1963,1964,1965,1966,1967,1968,1969,1970,1971,1972,1973,1974,1975,1976,1977,1978,1979,1980,1981,1982,1983,1984,1985,1986,1987,1988,1989,1990,1991,1992,1993,1994,1995,1996,1997,1998,1999,2000,2001,2002,2003,2004,2005,2006,2007,2008,2009,2010,2011,2012,2013,2014,2015,2016,2017,2018,2019,2020,2021,2022,2023,2024,2025,2026,2027,2028,2029,2030,2031,2032,2033,2034,2035,2036,2037,2038,2039,2040,2041,2042,2043,2044,2045,2046,2047,2048,2049,2050,2051,2052,2053,2054,2055,2056,2057,2058,2059,2060,2061,2062,2063,2064,2065,2066,2067,2068,2069,2070,2071,2072,2073,2074,2075,2076,2077,2078,2079,2080,2081,2082,2083,2084,2085,2086,2087,2088,2089,2090,2091,2092,2093,2094,2095,2096,2097,2098,2099,2100,2101,2102,2103,2104,2105,2106,2107,2108,2109,2110,2111,2112,2113,2114,2115,2116,2117,2118,2119,2120,2121,2122,2123,2124,2125,2126,2127,2128,2129,2130,2131,2132,2133,2134,2135,2136,2137,2138,2139,2140,2141,2142,2143,2144,2145,2146,2147,2148,2149,2150,2151,2152,2153,2154,2155,2156,2157,2158,2159,2160,2161,2162,2163,2164,2165,2166,2167,2168,2169,2170,2171,2172,2173,2174,2175,2176,2177,2178,2179,2180,2181,2182,2183,2184,2185,2186,2187,2188,2189,2190,2191,2192,2193,2194,2195,2196,2197,2198,2199,2200,2201,2202,2203,2204,2205,2206,2207,2208,2209,2210,2211,2212,2213,2214,2215,2216,2217,2218,2219,2220,2221,2222,2223,2224,2225,2226,2227,2228,2229,2230,2231,2232,2233,2234,2235,2236,2237,2238,2239,2240,2241,2242,2243,2244,2245,2246,2247,2248,2249,2250,2251,2252,2253,2254,2255,2256,2257,2258,2259,2260,2261,2262,2263,2264,2265,2266,2267,2268,2269,2270,2271,2272,2273,2274,2275,2276,2277,2278,2279,2280,2281,2282,2283,2284,2285,2286,2287,2288,2289,2290,2291,2292,2293,2294,2295,2296,2297,2298,2299,2300,2301,2302,2303,2304,2305,2306,2307,2308,2309,2310,2311,2312,2313,2314,2315,2316,2317,2318,2319,2320,2321,2322,232

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABRIL E LIMA PE 53522-17

INSCRIÇÃO: 105.125.126.04-1.002 GRUPO: 7 DEF. AUTOMÁTICO: 103668667
ROSSANA LIGIA FERREIRA DANTAS MATRÍCULA: 103668667 Ago/2019
R. JOAQUIM NABUCCO, Nº 20220 - 11480 ABRIL E LIMA PE 53522-17

LEGADO	POTENCIAL	CONSUMO	PREÇO
A175224352	00/07/2019	29/08/2019	MÉDIA HD

ÁGUA
LEIT. ANI: 3 CONSUMO: 1
LEIT. ATU: 3
LEIT. CAT: 3 HD 24.000

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIC. PORT. RS 2.914/12	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN- A LEGIS.
02/2019 01	TURBIDEZ	83	82	82
06/2019 01	COR. APARENTE	83	84	82
04/2019 01	CLORO RESIDUAL	83	83	81
03/2019 01	COL. TOTAIS	82	83	82
02/2019 01	CLORO	82	83	83

MÉDIA: 01 Qualidade de Água: www.campesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(4)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 2 UNIDADE(10)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPENSA, DATA 07/2019		2,10
JUNTOS DE MORA 03/2019 06/2019		1,99

28,92	1,65	1,30
28,92	7,62	8,28

VENCIMENTO: 15/09/2019

TOTAL A PAGAR: 113,01

MENSAGEM:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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 número 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 seguro, 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 disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **DANIEL RODRIGUES DA SILVA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **049.619.544-11** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

DANIEL RODRIGUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº **049.619.544-11**

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 Líder-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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO	Número 200	Complemento CASA
Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Bairro TIMBÓ	Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834
Email balbinospe@hotmail.com		

Assinatura e rubrica 09 de Outubro de 2018
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 027 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

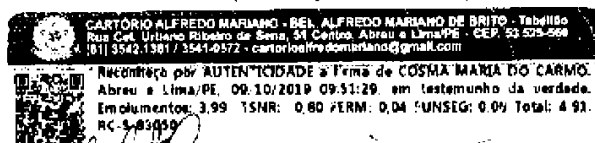
Eu, Cosma Maria do Carmo
RG nº 0451478, data de expedição 23/04/2012
Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 116437434-65
com domicílio na cidade de Itapissuma, no Estado de Pernambuco,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua L Botafogo, nº 356,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Damião Rodrigues da Silva, cujo o condutor era
Damião Rodrigues da Silva
Veículo: motocicleta Modelo: Honda/CG 150 Fan 63D Ano: 2013/2014
Placa: PEQ 5002 Chassi: 9C2KA1680ER433714
Data do Acidente: 09/07/19

Cartório
Alfredo Mariano

Local e Data: Abreu e Lima, 09 de Outubro 2019

Cosma Maria do Carmo
Assinatura do Declarante

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



Selo Digital: 03300507.CNJ10201901.00083

Maria José Carneiro da Silva - Escrevente

