



Número: **0087506-16.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>VALMIR FERREIRA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
57059 822	28/01/2020 16:25	<a href="#">2686757_CONTESTACAO_01</a>



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

**Processo:** 00875061620198172001

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

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALMIR FERREIRA 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 **14/08/2019**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/10/2019**.**

Cumpre 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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253223500000056127605>  
Número do documento: 20012816253223500000056127605

Num. 57059822 - Pág. 1

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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

#### **DO MÉRITO**

#### **DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**

#### **DA AUSÊNCIA DE ASSINATURA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA haja vista a ausência de assinatura no documento.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual for registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

---

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

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

### **DO 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e sete 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, foi apurada a seguinte lesão:

---

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



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 desconstituir-a 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 ressalvar 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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.

#### **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 14/08/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:



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 parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

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.

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;

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 ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

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

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



Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

#### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

#### **CONCLUSÃO**

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 da 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 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:

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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



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

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

Para fins do expresso 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. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 15 de janeiro de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR  
30225 - OAB/PE**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253223500000056127605>  
Número do documento: 20012816253223500000056127605

Num. 57059822 - Pág. 7

### **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.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253223500000056127605>  
Número do documento: 20012816253223500000056127605

Num. 57059822 - Pág. 8

**TABELA DE GRAADAÇÃO**

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crâno-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pélvicos cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## **SUBSTABELECIMENTO**

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **VALMIR FERREIRA DA SILVA**, em curso perante a **29ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00875061620198172001.

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253223500000056127605>  
Número do documento: 20012816253223500000056127605

Num. 57059822 - Pág. 10



Número: **0087506-16.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>VALMIR FERREIRA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57059 825	28/01/2020 16:25	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190595275**      **Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 14/08/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VALMIR FERREIRA 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, contados 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 1495620



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190595275      Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR FERREIRA DA SILVA

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

---

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190595275      Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR FERREIRA DA SILVA

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00261/00262 - carta\_03 - INVALIDEZ



00290131

Carta nº 15024584



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253235800000056127608>  
Número do documento: 20012816253235800000056127608

Num. 57059825 - Pág. 3

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

---

**Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190595275**      **Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 14/08/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VALMIR FERREIRA DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: VALMIR FERREIRA DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003122**

**Conta: 000985460213-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
		VALMIR FERREIRA DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSPENSAO/2012			
Nome completo:		CPF:	079.024.564-70
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:	CEP:
Centro	Florianópolis e Ilhas	88020-000	883525-540
E-mail:	Tel.(ddd):		
valmirferreira0@hotmail.com / 81/999441109			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SÓMI RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS CADASTRAIS

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO 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)

AGÊNCIA: 3152

CONTA: 00036355 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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 o dano, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pela mesma assinalada, sou cito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

### INVALIDEZ PERMANENTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

### MORTE

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compaheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou compaheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tiver filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou filhos vivos:  Sim  Não Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou filhos vivos:  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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal pelo artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_  
 Local e Data: *Almir Ferreira da Silva* / 21/10/2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASEL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
079.024.564-70 VALMIR FERREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: VALMIR FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 079.024.564-70  
7 - Profissão: GABORON 8 - Endereço: RUA LOURIVAL DE ALBUQUERQUE 9 - Número: 180 10 - Complemento: CASA - D  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ABREU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.560-180  
15 - E-mail: valmirmespe@hotmail.com (21) 99964109 16 - Tel.(DDD): (31) 3538-0069

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 00016 355 (3)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob a responsabilidade que assumo, que não possuo/tenho a apresentação de laudo do Instituto de Medicina Legal (IML) para fins de aferimento de indenização. (O IML é o serviço de perícias permanentes, unicamente destinado a estimar a vítima das opções).

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

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

28 - Vítima  Sim 29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascituro (varaseno)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar se teve irmãos?  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT, por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatório)

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Neu e Simple 28/01/2018  
VALMIR FERREIRA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/002/2019

TESTEMUNHAS





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Número do atestado ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**3190595275079.024.564-70 VALMIR FERREIRA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **VALMIR FERREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **079.024.564-70**  
 7 - Profissão: **BARÇON** 8 - Endereço: **RUA LOURIVAL DE ALBUQUERQUE 180** 9 - Número: **180** 10 - Complemento: **CASA A**  
 11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **ABREU E LIMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53.560-180**  
 15 - E-mail: **balbrinospa@hotmail.com** (83) 999441109 16 - Tel.(DDD): **(83) 3538-0069**

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

17 - Nome completo do Representante legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

**DADOS BANCARIOS**  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3122** CONTA: **985460-213 9**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Sócio(a)  Cônjugue(a)  Namorado(a)  Ex-cônjuge(a)  Ex-namorado(a)  Parente do(a) falecido(a)  Parente do(a) falecido(a) da vítima

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha Irmãos, Informar  Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos?  Vivos:  Falecidos:  Vivos:  Falecidos:  Vivos:  Falecidos:  Vivos:  Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a ocorrência de ressarcimento ao valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: **Abreu e Lima/PE em 13/11/2019**  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **VALMIR FERREIRA DA SILVA**  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 y002/2019

of 2

16/10/2019 16:31

554940  
0366640 / 19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ºCIRC  
DIM/3ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0099002766**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/10/2019** às  
**17:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado) que  
aconteceu no dia 14/8/2019 às 01:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1 - Bairro: AREIAS -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A  
FARMACIA PAGUE MENOS.**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
VALMIR FERREIRA DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): VALMIR FERREIRA DA SILVA  
REINO ANIMAL: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): DESCONHECIDO**

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

**VALMIR FERREIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nasc:  
EREMITA MARIA CELESTINO Pai: BENEDITO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento:  
8/6/1980 Naturalidade: PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7168521/60/PE  
(RG): 079912486478 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO  
Profissão: GAROTO Telefones Celulares:  
- 81998842785**

Endereço Residencial: **RUA PALMEIRINHA, 113, O MESMO RES: TRAVESSA PALMEIRINHA,  
Nº 113- ARTUR LUNDREN 1- PAULISTA-PE. - CEP: 58000-000 - Bairro: ARTUR  
LUNDREN - 1- PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Qualificação do(s) objeto(s) envolvida(s)**

**VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): VALMIR FERREIRA DA SILVA, que  
estava em posse do(a) Sr(a): VALMIR FERREIRA DA SILVA  
Categoría/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NCX 150 KROS ESS Objeto apreendido: N/A  
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE)**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Inv/.info/pol/xml/BOEPreview.html

Placa: **PFY3488** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)

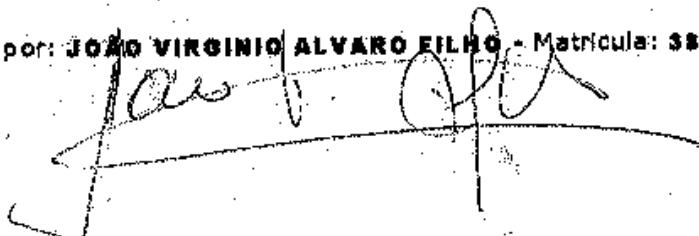
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

**CARROÇA (REINO ANIMAL)** de propriedade do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**, que estavaem posse do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **NAO INFORMADO/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO** Objetoapreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NAO INFORMADA)****Complemento / Observação**

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO ESTAVA SAINDO DO TRABALHO COM DESTINO A SUA RESIDENCIA COLIDIU VIOLENTAMENTE COM UM CARROÇA, QUE ENCONTRAVA-SE ESTACIONADA NO LEITO DA VIA EM TELA. QUE APÓS O IMPACTO O MESMO VEIO A CAIR AO SOLO. SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DO ESPIRITO SANTO FICANDO INTERNADO POR TRES DIAS. QUE NO DIA 04/09/2019, RETORNOU AO HOSPITAL EM TELA PARA REALIZAR A SEGUNDA CIRURGIA FICANDO INTERNADO POR DOIS DIAS. A MOTOCICLETA A CIMA CITADA E DE PROPRIEDADE DE: SONHILLE DE SOUZA SANTOS, RG DE N° 0.338.008/880/PE E CPF DE N° 122.788.114-84. PELO FATO EXPOSTO PODE PROVIDENCIA QUE O CASO REQUER. CASO AFETO A DP. DE JARDIM SÃO PAULO.

**Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial**

VALMIR FERREIRA DA SILVA  
VALMIR FERREIRA DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO VIRGINIO ALVARO FILHO** - Matricula: 331061-8





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	113.08.2019
DATA	03.09.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **VALMIR FERREIRA DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº 7156521 SDS/PE e inscrito no SAMU PE sob o nº **079.024.564-70**, declararmos que consta em nossos arquivos a ocorrência nº **S-666989**, que no dia 13 de agosto de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo carroça e moto, por volta das 01h, na Avenida Recife, em frente a Churrascaria Pajuçara, imediações da Farmácia Pague Menos, no bairro Areias, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Hapvida Espinheiro.  
Recife, 03 de setembro de 2019.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano - Recife

*Sérgio Parente Costa*

Dr. Sérgio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO REC.FE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3356-7450



# 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: 28/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000985460213-9

---

Nr. da Autenticação CC660AAE3CD0C0EC



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253235800000056127608>  
Número do documento: 20012816253235800000056127608

Num. 57059825 - Pág. 12



INSTRUÇÃO 1.101-001/2019-0014350-0  
ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUN. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO  
ABREU E LIMA PE 53520-290

JACOB JO. CLIENTE MATRÍCULA: S-100668667-2019  
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: S-100668667-2019  
R. JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17  
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB. AUTOMÁTICO: 100668667

TIPO DE ÁGUA	SEU AGRADO	RESIDENCIAL	DISPONIBILIDADE	INSCRIÇÃO	PÚBLICA
A17S224952	DATA DE LANÇAMENTO: 30/07/2019	DATA DE LEITURA ATUAL: 29/08/2019	TIPO DE CONSUMO: P/1 MEDIA HD		

AGUA:  
LEIT AXE: 3 CONSUMO:1  
LEIT ATD: 3  
LEIT SAT: 3 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

07/2019	01	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXTG.	PDR	ANALISES	ATENDIMENTO
		TURBIDEZ	83	83	82	
		COR APARENTE	83	83	80	
		CLORO RESIDUAL	83	83	82	
		COLIF. TOTAIS	83	83	42	
		H. COL	83	83	83	

MÉDIAS: 01 Qualidade de Água: www.concepq.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 MB	44,06
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 MB	64,84
MULTA P/IMPORTEUALIDADE 07/2019		2,10
JUROS DE MORA 05/2019 06/2019		1,99

DETALHAMENTO DA FOLHA DE PAGAMENTO			
DE	168,92	1,85	1,30
ATÉ	168,92	7,62	8,28

VENCIMENTO: 15/09/2019 TOTAL A PAGAR: R\$ 160,11

ASSINATURA





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoras.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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Valmir Ferreira da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.024.564-70 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima  
Valmir Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.024.564-70  
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. 290 do Código Penal.

Endereço <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b>	Número <b>200</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>TIMBÓ</b>	Cidade <b>ABREU E LIMA</b>	Estado <b>PE</b> CEP <b>53520170</b>
Email: <b>balblnospe@hotmail.com</b>	Telefone Comercial (DDD) <b>(81) 3538.0069</b>	Telefone celular (DDD) <b>(81) 98721.5834</b>

Abreu e Lima 21 de Outubro de 2019.

Rossana Lígia Fernandes Dantas  
Assinatura do Declarante







DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	113.08.2019
DATA	03.09.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **VALMIR FERREIRA DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº 7156521 SDS/PE e inscrito no SAMU PE sob o nº **079.024.564-70**, declararmos que consta em nossos arquivos a ocorrência nº **S-666989**, que no dia 13 de agosto de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo carroça e moto, por volta das 01h, na Avenida Recife, em frente a Churrascaria Pajuçara, imediações da Farmácia Pague Menos, no bairro Areias, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Hapvida Espinheiro.  
Recife, 03 de setembro de 2019.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano - Recife

*Sérgio Parente Costa*

Dr. Sérgio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO REC.FE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3356-7450



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/06/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA Convênio: HAPVIDA	Dt. Nasc.: 08/09/1986 Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Atendimento: 18092029 Leito: 300212/4	Prontuário: 7256414
Profissional(is): ZOLIKO ALVES GOUTINHO CRM 11699 [1] LUIZ MARCELO CORREIA JÚNIOR CRM 19847 [2]	Nº: 14482945 14/06/2019 01:48		

ANAMNESE

Queixa Principal	RELATO DE ACIDENTE P/ EMOTO COM DOR EM PÉ/TNZ DIRÍETO; NEGA OUTRAS QUEIXAS	[2]
Quaisix Principal		
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[2]
Alergias	Não	[2]
Medicação Em Uso	Não	[2]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[2]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	RELATO DE ACIDENTE P/ EMOTO COM DOR EM PÉ/TNZ DIRÍETO; NEGA OUTRAS QUEIXAS	[1]
Nível De Consciência	0	[2]
Resposta Motora	6	[2]
Resposta Verbal	5	[2]

DIAGNÓSTICO

CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[2]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[2]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1980	Atendimento: 18682029	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: PÓSTO EMERGÊNCIA - HE	Leito: 30021214	
Profissional(is): LUIZ MARCELO CORREIA JÚNIOR CRM 19847 (1)		Nº: 14492967	14/08/2019 às 02:06

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC, AGUARDO SOBREAVISO PARA PROGRAMAR CIRURGIA.	[1]
Queixa Principal		
CID10	883 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOCOLO E DO PE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC, AGUARDO SOBREAVISO PARA PROGRAMAR CIRURGIA.	[1]
Nível De Consciência	0	[1]
Resposta Motora	6	[1]
Resposta Verbal	5	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	883 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOCOLO E DO PE	[1]
CID10	883 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOCOLO E DO PE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Pt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18632029	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Letra: 300217/1	
Profissional(is): EULINO ALVES COUTINHO CRM 11689/11	Nº: 14493852	14/08/2019	às 07:38

## ANAMNESE

Quaisix Principal	SOLICITO RX DE Perna DIR	[1]
Quelixa Principal		
CID10	S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

## EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	SOLICITO RX DE Perna DIR	[1]
---------------	--------------------------	-----

## DIAGNÓSTICO

CID10	S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	[1]
CID10	S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	[1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18632029	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Leito: 300217/1	
Profissional(is): EULINO ALVES GÓTI(NHO CRM 11693/13)		Nº: 14491746	14/08/2019 às 08:55
<b>ANAMNESE</b>			
Queixa Principal	SOLICITADO ORURGIA DE URGENCIA PARA ESSE PACIENTE DR ADALTO QUE IRÁ OPERAR. FAÇO INTERNAMENTO E SOLICITO MATERIAL		
Queixa Principal	[1]		
CID10	8923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO		
Alergias	Não		
Medicação Em Uso	Não		
Antecedentes Patoológicos Familiar	Não		
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
CID10	8923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO		
CID10	8923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO		
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			

## RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1966	Atendimento: 18832028	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Lito: 300217/1	
Profissional(s): EULINO ALVES COUTINHO, MEDICO, CRM: 21899-PE		Nº: 14494759	14/08/2019 às 08:57
<b>SINAIS VITais</b>			
Dispensar Sinais Vitais	Sim	[1]	
<b>PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO</b>			
Plano Terapêutico	TRATAMENTO CIRÚRGICO 03 DIAS	[1]	
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.	[1]	



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
18636164

15b C"

14/08/2019 17:57:02

PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
7256414	VALMIR FERREIRA DA SILVA		M	08/09/1986	32
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
8084143 SDS PE	7902466470			SOLTEIRO	
Endereço					
R. CAPITÃO JOSE PRIMO 404 CAETÉS VELHO ABREU E LIMA-PE CEP:53560120					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe			
		ERENITA MARIA CELESTINA			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
14/08/2018	11:40		Clinica
Médico Atendente		4-CIRÚRGICA	
1425084 EULINO ALVES COUTINHO		Tipo Atendimento	
Médico Acompanhante		0 INTERNACAO	
1428084 EULINO ALVES COUTINHO		14/08/2019	

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	RESTAURANTE PONTEIO LTDA
9002-HAPVIA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
85155000083009022		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTÉSICA	LPA-05 LEITO 05	01

N. Guia	Procedimento	Serhia	Descrição
13939688	99996666	D24329064	INTERNACAO
13939638	30729157	D24329064	FRATURA E/OU LUXACOES DO PE (EXCETO ANTEPE) - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM - QTDE: 8
			Material - 99832714 - PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (C/1) PARAFUSOS - QTDE: 1

R4310R - ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS





BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

14/08/2019 16:45

Pacelente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimentor: 18633164	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LPA-C2/1		
Professional(is): <del>DR. ADRIANO FERREIRA DE MELLO JUNIOR MEDICO ORTOPEDICO</del>	Nº: 14501267	14/08/2019	as 16:39
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
Diagnóstico Clínico	3823	[1]	
Diagnóstico Cirúrgico	3823	[1]	
<b>DADOS DA CIRURGIA</b>			
Data Da Cirurgia	14/08/2019	[1]	
Hora Da Cirurgia	16:00	[1]	
Cirurgia	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DE LISFRANC DIREITO	[1]	
Cirurgião	ADAURO TELINO	[1]	
Anestesiata	ALEXANDRE REIS	[1]	
Instrumentador	VIVIANE E ISABEL	[1]	
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DOR SOB ANESTESIA 2. REALIZADA VIA DORSAL DO PE ENTRE O 1º E 2º RAIOS + DIVULSAO POR PLANOS 3. REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM OS PARAFUSOS DA ARTICULAÇÃO TARSO-METATARSAL DO 1º E 2º RAIOS 4. OBSERVADA BOA REDUÇÃO + ESTABILIDADE ADEQUADA DA ARTICULAÇÃO TARSO-METATARSAL + DOD POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATRAVÉS DE ESCOPIA 5. SUTURA POR PLANOS COM VYCRYL 2 E NYLON 4-0 6. OBSERVADA INSTABILIDADE LIGAMENTAR DO TORNozELO 7. REDUÇÃO FECHADA DO TORNozELO + TALA CESSADA (TRATAMENTO CIRÚRGICO EM SEGUNDO MOMENTO) 8. CURATIVO ESTÉRIL		

Adauto Telino  
Médico  
CRMESP: 187377



Paciente: MÁLMI FERREIRA DA SILVA  
Convênio: HAPVIDA  
Posto: IPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTÉSICA

Dr. Nasr: 08091986  
Nº Prescrição: 10728353  
Data: IPA-021

Atendimento: 18636164  
Peso: 85,00 kg

1. DÉA: GERAL ADULTO IPA A IDADE

2424h ORAL CRM-12404

2. HISTÓRICO: Varosa  
KINGER COM LACTATO

35,71 1g 14,00 g/24h CRM-12404

3. CEFALGIA (DOS) (DT2)  
Água Destilada

10ml 10ml CRM-12404

4. TRAMADOL (SOMÔNOLHO)

Soro Fisiológico 100mg 2mL (AMPL C100MG) 8ml EV SN CRM-12404

5. OMEPRAZOL (400mg)

Água Destilada 40mg 1g EV CRM-12404

6. PLANÍC (600mg)

Água Destilada 10mg 2ML (AMPL C10MG) 8ml EV CRM-12404

7. DIPIRONA (5000mg)

Água Destilada 1000mg 2ML (AMPL C5000MG) 8ml EV CRM-12404

8. NARCAN (0,40mg/ml)

0,4mg 1ML (AMPL C1ML) EV ACM CRM-12404

9. CURATIVO MÉDIO

10. FUNÇÃO CIBÉLICO 200ML EV 45% CRM-12404

11. SINAS VIAS 656 SERSTENÇÃO UTRÍPARA CRM-12404

12. CUIDADOS GERAIS 656 CRM-12404

13. CURATIVO COM TALDEIRA E GOMA ACOCHADA

Protecionista: CRM-12404 ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS CRM-12404

Dr. Alexandre Reis  
CRM-12404

Hospital  
Geral  
de São  
Jácome

**PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento**

Página 1 de 3

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA  
Convenio: HAPYDA  
Pósto: RPA - RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Dt. Nasç.: 08/09/1988  
Nº Prescrição: 0010728368  
Láter: (PA-021)  
Atendimento: 18836164  
Prontuário: 7256414  
Peso: 85,00 kg

Entrada: 14/08/2019 16:28  
14/08/2019 às 16:28

**PREScrição MÉDICA**

1. DIETAGERAL ADULTO RPA/ADAE

24/24h ORAL

2. Hidratação

Fase Única

Vol. Total: 1000 ml

1400 g/min Acesso Periférico

1800

3. RINGER COM LACTATO  
3.5% 1000 ml

10ml

1800

4. CEFALOCINHA (1.000)  
(01/2) Agua Desidratada

10ml

1500

5. TRAMADOL (50,00mg/ml)

100mg

1000

2ML (AMPELO 1000)

EV

500

500

6. Ata Vigilância

40mg

1000

1FRP (FRP 4000) 24/24h

EV

1000

1000

7. PLAMET (5,00mg/ml)

10mg

1000

2ML (AMPELO 1000)

EV

2200

2200

8. DIFIRONA (500,00mg/ml)

1000mg

1000

2ML (AMPELO 1000)

EV

1000

1000

9. NARCAN (0,40mg/ml)

0,4mg

1000

1ML (AMPELO 1000)

EV

1000

1000

10. CURATIVO MÉDIO

11. FUNÇÃO C/ FELCO

12. SINAS VITAS

13. CUIDADOS GERAIS

14. CURATIVO COM A DURA E GAZÉ

15. RPA/63

BREVIDA-NERI DE UMA SANTOS

12/08/2019 16:28

16/08/2019

**HORÁRIOS**

9:00 AM

10:00 AM

11:00 AM

12:00 PM

1:00 PM

2:00 PM

3:00 PM

4:00 PM

5:00 PM

6:00 PM

7:00 PM

8:00 PM

9:00 PM

10:00 PM

11:00 PM

12:00 AM

**PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento**

Página 2 de 3  
Emissão: 24/08/2019 10:20

Paciente: VANI MIR PEREIRA DA SILVA  
Convênio: HAPVIEA  
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTÉSICA

Dt. Nasc.: 08/09/1986  
Nº Prescrição: 0010728358  
Atendimento: 18638164  
14/08/2019 às 16:20  
Leito: LPA-021  
Peso: 96,50 kg

Legendas:  indica item não administrado.  
 indica item checado.

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**ACOES/ADAE**

**HORÁRIOS**

Dr. Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior  
Internista  
CRM-SP A3610

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

14/06/2019 18:52

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18036164	Projetuário: 7266414
Convênio: HAPVICA	Posto: POSTO 11 ANDAR - HE		Leito: 107-P1/1
Profissional(is): EDNICE KARIMYASUQNA SIMESTE DE ENFERMAGEM	Nº: 14502822	14/06/2019	às 18:48

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANTIMENTOS
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDÍAS

Hora	18:00	11
Hora		
Descrição	recebo paciente vindó proveniente do bloco cirúrgico após tratamento cirúrgico da fratura de pé , consciente, orientado, com evp, repouso no leito, segue aos cuidados de enfermagem a medicação opm + asvv.	12
Hora		13
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDÍAS		
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		

Ednice Karimyasuqna Simeste de Enfermagem  
COREN-ES 14502822

Maria Eduarda da C. Verâncio  
COREN-ES 14502822



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

16/01/2019 08:03

ULTRASOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18698164	Prontuário: 7256414
Convenção: HÁPVIDA	Pescoço: ROSTO 1 ANDAR - HE	Lote: 107-P1/1	
Professional(is): TECNICO ENFERMEIRO CLINICO ENFERMEIRO CLINICO N° 14603691 14/08/2019 às 18:59			

PROCEDIMENTOS DE SERVIÇOS MÉDICOS

PROCEDIMENTOS DE OBSERVAÇÕES FÍSICAS

PROCEDIMENTOS DE OBSERVAÇÕES NOTA

Hora	18hs	[1]
Hora		
Descrição	recepção paciente visto preventivamente pelo cirurgião após tratamento cirúrgico de fratura de pé, quadiléte, orofaringe, dentes, higiene bucal, seguindo cuidados da entumação e medicado opif, asvv.	[1]
Hora	22hs	[1]
Hora		
Descrição	pacot medicado c.p.m ssvv+ccgg	[1]
Hora	24hs	[1]
Hora		
Descrição	pacot medicado c.p.m ssvv+ccgg	[1]
Hora	06hs	[1]
Hora		
Descrição	pacot medicado c.p.m ssvv+ccgg	[1]

  
Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior  
CRM-PE 558.674-7E



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

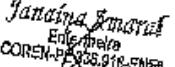
ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

14/08/2019 23:58

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18636164	Prontuário: 7263414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 11 ANDAR - HE	Leito: 107-P1/1	
Profissional(is): JANAINA SISKA CABRAL ENFERMEIRA COREN/ES N°: 14504180	Nº: 14504180	14/08/2019	às 20:58

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem	HD: PCT BM PQI DE FRAT DE ANTEPE D	[1]
	PCT COM EGREGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERSALIZANDO, HIDRATADO, NORMOCORÁDICO	
	EUPNÉICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORÁDICO	
	DIÁTAVO TOLERADA	
	REPOUSO NO LESTO	
	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
	FO COV. CURATIVO OCLUSIVO + TALA GESSADA, REALIZADO RX DE CONTROLE	
	DIURESE PRESENTE	
	SEM QUEIXAS	
	SEGUR AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
ALERGIAS	NEGA	[1]
AVALIAÇÃO DE DOR	2	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO DE INFECÇÃO		
Flacidez	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sít.	[1]
DISPOSTIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sít.	[1]


 Janaina Sisca Cabral  
Enfermeira  
COREN-ES 14504180-ENFER




五百四

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Page 1 of 1  
15/08/2019 10:03:02

1. DREN. OBRA-DULTO PARA A DADE.	24/24h	ORA:	CRM-16634
2. Hidratação intensa	Voi Total: 1000 ml	14,00 g/min:	CRM-16634
Fase Ultra	35,71 ml/Katalla 1000 ml	Acesso Periférico	
RINGET COM LACRADO	19	IFRAP (IFRAP CI 1GR)	CRM-16634
3. CEFALOQUINA 1000	Aqua Desidratada	0,95g EV	
4. NARCISSIN (Diflumungol)	0,4mg 1ML (AMPEL CI AMG)	EV	
		ACM	
5. OMEPRAZOL (40,00mg)	40mg 1FRAS (IFRAP CI 10MG)	24/24h EV	
	Aqua Desidratada	10 ml	
6. DIAZEPAM (5 mg/5ml)	10mg 2ML (AMPEL CI 10MG)	EV	
	Aqua Desidratada	20 ml	
7. DIPRONEA (500,00mg/ml)	100mg 2ML (AMPEL CI 500MG)	EV	
	Aqua Desidratada	10 ml	
8. TRAMADOL (500,00mg/ml)	100mg 2ML (AMPEL CI 100MG)	8Bh EV	CRM-16634
	Soro Fisiológico	100 ml.	
9. SÍNAPSIS VITAL			CRM-16634
10. CURADAPÓS GRAN			CRM-16634
11. CURADAPÓS GRAN			CRM-16634
12. CURADAPÓS COM ATADURA E GAZE ACOCHADA			CRM-16634

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253235800000056127608>  
Número do documento: 20012816253235800000056127608

Num. 57059825 - Pág. 32

Hospital do  
Estado de  
São Paulo  
Unidade  
Centro

**PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento**

Emissão: 15/01/2020 15:39

Página 1 de 3

Paciente: VALMIR FERRERADA SILVA  
Convênio: HAPVIDA  
Posto: PÓSITO 1 ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 08/08/1986  
Nº Prescrição: 0010731080  
Letra: 107-P/12

Atendimento: 18536164  
15/01/2019 às 10:09  
Peso: 65,00 kg

Prontuário: 7256414

**1-DIETAGERAL-ADULTO/PARA A IDADE**

24/24h - ORAL

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**HORÁRIOS**

2-Hidratação	Fase Única	Vol. Total: 1000,00	14,00 gts/min Acesso Periférico	12:00
Venosa				
RINGER COM LACTATO	35,71	ml/Caloría: 1000,00	FRAP (FRAP 01/40)	6:00h EV
3.0EFALOTINA (1,00g)	1,00			12:00 - 18:00
Aqua Destilada		10ml		16:00 - 06:00
4.NÁRCICO (diazepam)	0,40mg	1 mL (AMP 01,4MG)	EV	
		0,9 % 200 ML EV 1/5	ACM	
		SERETENÇÃO		
		URINARIA ÓU		
		PRURIDO		
5.OMEPRAZOL (40,00mg)	40,00mg	1 FRAP (FRAP 01/40MG)	24/24h EV	06:00
		18ml		
6. PLAMEL (5,00mg/ml)	Agua Destilada	10mg 18ml	2 ML (AMPC 01/40MG)	08:00h EV
				14:00 - 22:00
				16:00 - 06:00
7. DIFERONA (600,00mg/ml)	Agua Destilada	1000mg 18ml	2ML (AMPC 01/40MG)	6:00h EV
				12:00 - 18:00
				16:00 - 06:00
8. TRAMADOL (50,00mg/ml)	Agua Fisiologica	100mg 10ml	1ML (AMPC 01/40MG)	8:00h EV
				17:00
9. CURATIVO MÉDIO				
10. SINAIS VITais		6:00h		14:00
11. COMUNICAÇÕES GERAIS		6:00h		18:00 - 06:00

*Valmir Ferrerada Silva  
Hapvida  
Cordeiro de Mello Junior*

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Paciente: VILMIR FERREIRA DA SILVA

Convenio: HAPVIDA

Posto:POSTO 1 ITANHÁ - HZ

Dt. Nasc.: 08/09/1986

Atendimento: 18636164

Prontuário: 7250414

Endereço: 15082019 15:49

Leito: 107-PIV

Peso: 85,00 kg

Paciente: VILMIR FERREIRA DA SILVA

Nº Prescrição: 2010731080

At. em: 15/08/2019

At. dada por: ARTHUR TORRES LAGE

ALTA MELHORADO

Legenda horário :  Indica item não administrado.

Indica item checado.

HORÁRIOS

12-CLURATIVO COM ATADURA E GAZE

ACOCHADADA

12:00

18:00

19/08-07:00:00

11:00

RM:

THATIANY ARMANDO MOREIRA

15/08/2019 15:49

IP: 10.1.52.238



Assinado eletronicamente por:  
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253235800000056127608  
Número do documento: 20012816253235800000056127608

## REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

15/08/2019 às 18:52

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18836164	Prontuário: 7256474
Convenção: RAPVIDA	Posto: POSTO 11 ANDAR - HE	Lote: 107-P1/1	
Professional(is): ENFERMEIRO DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM - N°: 14513500 15/08/2019 às 18:44			

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM		
Hora	07:00	[1]
Hora		
Descrição	EVOLUO. PACIENTE PEGR CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉSICO, AFEBRIL, CONTACTUA VERBALMENTE, EM REPOUSO NO LEITO, COM AVF EM VSD, +F.O EM MID, DIETA POR V.O COM BOA ACEITAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES.	[1]
Hora	12:00	[1]
Hora		
Descrição	VERIFICADO SSV, MEDICADO CPM.	[1]
REGISTRO DE MANDADO DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM		
Hora	14:00	[1]
Hora		
Descrição	PACIENTE MEDICADO CPM.	[1]
Hora	16:30	[1]
Hora		
Descrição	PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.	[1]
REGISTRO DE ENFERMAGEM		
CUIDADO DE ENFERMAGEM		

Elton Ferreira Silva  
Nº: 14513500  
CNPJ: 01.174.176/0001-17



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Page 1 of 1

ULTRA SOM SERV'MED LTDA - ME

15/08/2013 15:47

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA Dt. Nasc.: 08/08/1986 Atendimento: 10636184 Pronunciado: 7256414  
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 11 ANDAR - HS Letra: 107-P/1  
Profissional(a): TEC VALMIR FERREIRA DA SILVA MEC N° 14516458 15/08/2019 às 15:41

**Evolução da Enfermagem:** TD: 1º DPO DE LESÃO DA LISFRANC-DIREITO (ANTE-PÉ) 08:00h Paciente evoluiu em EGR, consciente, orientado, espontâneo em seu ambiente, anfiteatro, tomou oxigênio; sangria: tórax simétrico, V/V+, AVP em MSC, périce, dieta via oral com boa aceitação, abdômen planh, flácido e indolor à palpação, PR+, dílatos presentes, sem queixas no rosto/orelha. Seus auxiliados de enfermagem.

Acesso Venoso Periférico Sim

Watson/Asscan  
Enfermeira  
CRF-SP: 399123

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001281625323580000056127608>  
Número do documento: 2001281625323580000056127608

Num. 57059825 - Pág. 36



上卷

10

Página 1 de 1

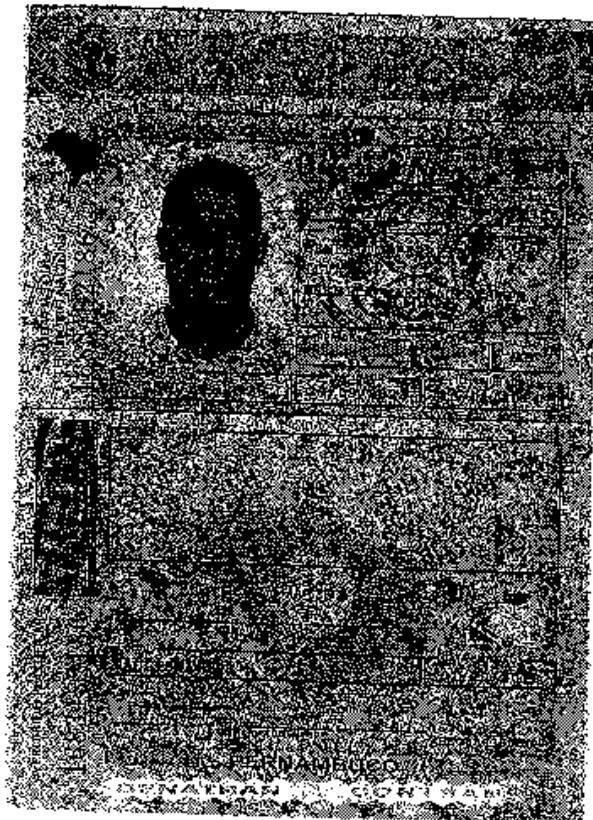
PATRONO: MIRIAN FERREIRA DA SILVA	Dr. Marc. 04/09/1985	ABANDONAMENTO: 18/07/2029
Convênio: HAP/PA	Nº Processo: 10728999	Expediente: 57286414
Testo: POSTO DE EMERGÊNCIA - HF	Indice: 33212/4	Peso: kg
1. TRAMAL (Dolagrel) 100 mg	100 mg	25,00 (grainha)
Alto Voluntado	Soro Fisiológico	CRM-1647
2. DIPRIVONA (Dipivocaína) 100 mg	100 mg	CRM-1647
Agua Desidratada	2 mL (AMPLA) 100mg	L3M-1647
3. PROTEÍNIDIV (Proteína) 100 mg	100 mg	L3M-1647
Soro Fisiológico	100 mL	CRM-1647
4. TMAA (BORA)	Agua	CRM-1647
5. PUNKAO (CJ. JELCO)	Agua	CRM-1647
6. SORO FISIOLÓGICO	Agua	CRM-1647
7. DIPRIVONA (Dipivocaína) 100 mg	100 mg	CRM-1647
Agua Desidratada	2 mL (AMPLA) 100mg	CRM-1647
B. DEGLADRIN (4-Etilenglicol) 100 mg	100 mg	CRM-1647
9. PROTEÍNIDIV (Proteína) 100 mg	100 mg	CRM-1647
Alto Voluntado	Soro Fisiológico	CRM-1647
1. TRAMAL (Dolagrel) 100 mg	100 mg	CRM-1647
Agua Desidratada	2 mL (AMPLA) 100mg	CRM-1647
2. DIPRIVONA (Dipivocaína) 100 mg	100 mg	CRM-1647
Agua Desidratada	2 mL (AMPLA) 100mg	CRM-1647
3. PROTEÍNIDIV (Proteína) 100 mg	100 mg	CRM-1647
Soro Fisiológico	100 mL	CRM-1647
4. TMAA (BORA)	Agua	CRM-1647
5. PUNKAO (CJ. JELCO)	Agua	CRM-1647
6. SORO FISIOLÓGICO	Agua	CRM-1647
7. DIPRIVONA (Dipivocaína) 100 mg	100 mg	CRM-1647
Agua Desidratada	2 mL (AMPLA) 100mg	CRM-1647
B. DEGLADRIN (4-Etilenglicol) 100 mg	100 mg	CRM-1647
9. PROTEÍNIDIV (Proteína) 100 mg	100 mg	CRM-1647
Alto Voluntado	Soro Fisiológico	CRM-1647

۲۷۱

ROMULO VALENTIN DA SILVA

IP: 10.1.32.106

29, 103/2014 07:50



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253235800000056127608>  
Número do documento: 20012816253235800000056127608

Num. 57059825 - Pág. 39



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253235800000056127608>  
Número do documento: 20012816253235800000056127608

Num. 57059825 - Pág. 40

卷之三

1. *Leucosia* *leucosia* (L.) *leucosia* (L.) *leucosia* (L.)

47

卷之三

卷之三

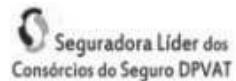
卷之三

卷之三

卷之三



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

**Vítima:** VALMIR FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 079.024.564-70

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 14/08/2019

**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** VALMIR FERREIRA 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

#### VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70

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](http://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: 21/10/2019  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253235800000056127608>  
Número do documento: 20012816253235800000056127608

Num. 57059825 - Pág. 42

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190595275      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALMIR FERREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 14/08/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 22/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 1º E 2º METATARSOS DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190595275      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALMIR FERREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 14/08/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 22/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 1º E 2º METATARSOS DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Name: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado Profissão: garcon

Identidade: 7456521 SOS1PE CPF: 039.024.564-70

Enderço: RUA JOAQUIM DE ALBUQUERQUE, N° 180-A  
Centro, ABREU E LIMA/PB. CEP 53.525-540

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira    Estado Civil: Divorciada    Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE - CPF: 884.647.684-00

Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE, Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 34/08/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Agence LIMA 19/09/2019  
Local e data

Yannick FERREREA DA SILVA

Assinatura do Beneficiário/Vítima

Assinatura do beneficiário/vitima  
(Recunhace-se firma por autenticidade)

CARTÓRIO ALFREDO MARIANO - RBL ALFREDO MARIANO DE BRITO - Taboão  
Rua Cel. Urbano Ribeiro de Souza, 51 Centro, Abreu e Lima - CEP 53.955-660  
(81) 3529-1018 / 3541-0972 e cartorioalmarianno@micromail.com.br

Reconhecido por AUTENTICIDADE e firma de VALMIR FERREIRA DA SILVA.  
Abreu, a Lima/PE, 18/09/2010 16:01:18, em testemunho da verdade.  
E-mail:valmirs@... 3.99 TSNR: 0.80 FIRM: D 04 FUNSEG: 0.98 TotaL: 4.91  
data: 18/09/2010

Set Digital: 01/08/07 EDR09701902/00000  
Maria José Carneiro Gomes



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

**Número do Sinistro:** 3190595275

**Vítima:** VALMIR FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 079.024.564-70

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 14/08/2019

**Titular do CPF:** VALMIR FERREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70**

Autorização de pagamento

### 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](http://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: 19/11/2019  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019  
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253235800000056127608>  
Número do documento: 20012816253235800000056127608

Num. 57059825 - Pág. 46

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

**Vítima:** VALMIR FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 079.024.564-70

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 14/08/2019

**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** VALMIR FERREIRA 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

#### VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70

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](http://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: 21/10/2019  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253235800000056127608>  
Número do documento: 20012816253235800000056127608

Num. 57059825 - Pág. 47

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

**Número do Sinistro:** 3190595275

**Vítima:** VALMIR FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 079.024.564-70

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 14/08/2019

**Titular do CPF:** VALMIR FERREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70**

Autorização de pagamento

### 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](http://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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 16:25:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816253235800000056127608>  
Número do documento: 20012816253235800000056127608

Num. 57059825 - Pág. 48