



Número: **0090305-32.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 675,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSALIA FREIRE ROSA (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57118484	29/01/2020 14:53	2687829_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00903053220198172001

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."

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 **ROSALIA FREIRE ROSA**, 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 **06/06/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 26/01/2018.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que **A PARTE AUTORA NÃO APRESENTA QUALQUER DOCUMENTO COMPROVANDO ATENDIMENTO MÉDICO, BEM COMO, NÃO DEMONSTRA QUALQUER ACOMPANHAMENTO OU TRATAMENTO MÉDICO QUE CORROBORE COM A INVALIDEZ PERMANENTE ALEGADA.**

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



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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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/2015².

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE ASSINATURA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, 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.

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

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



Analizando o referido documento, o mesmo encontra-se incompleto, NÃO HAVENDO A ASSINATURA DA PARTE AUTORA, COMUNICANTE NA DATA DO FATO.

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 fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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 26/01/2018 após 07 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 06/06/2017, 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, CPC³.

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.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como se verifica nos documentos acostados à exordial, **A PARTE AUTORA NÃO APRESENTA QUALQUER DOCUMENTO COMPROVANDO ATENDIMENTO MÉDICO APÓS O ACIDENTE ALEGADO, BEM COMO, NÃO DEMONSTRA QUALQUER ACOMPANHAMENTO OU TRATAMENTO MÉDICO QUE CORROBORE COM A INVALIDEZ PERMANENTE ALEGADA.**

Outrossim, o boletim de ocorrência somente fora elaborado após 07 meses da data do suposto sinistro, fato que corrobora com a ausência de nexo de causalidade entre o suposto acidente e a invalidez alegada.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

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

⁴“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, 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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190449254	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA	Data do acidente: 06/06/2017	Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 15/08/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO. P.8				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA+RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL) E ALTA MÉDICA. P.9				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.				
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 MODERADA DE HÁLUX ESQUERDO.				
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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

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:

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



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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), 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 06/06/2017. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), conforme demonstrado abaixo:

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/08/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSALIA FREIRE ROSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00550

CONTA: 000000016882-7

Autenticação:

B21A60A0CE6CB754C64B057D9C7CC3D105B3C15B64422524263394B944D52D5C

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



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 parciais⁶.

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 STJ⁷.

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

⁶ 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.

⁷ **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.”



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 citação⁸.

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 ação⁹.

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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

- 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.

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹art. 1º. (...)

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



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, 22 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/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 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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ROSALIA FREIRE ROSA**, em curso perante a **11ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00903053220198172001.

Rio de Janeiro, 22 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: **0090305-32.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 675,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSALIA FREIRE ROSA (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57118486	29/01/2020 14:53	ANEXO 1	Outros (Documento)



NOVA CATEGORIA VALOR EM TÓDO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.633.938 28/06/2011

ALICE GOMES DA SILVA >>>

<<< ARNOBIO BATISTA DA SILVA >>>

<<< VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>>

PECIFE - PE

DATA DO NASCIMENTO 18/10/1979

0030290 72 OLINDA-PE >>>

038 466.664-58

ALICE GOMES DA SILVA

PECIFE-PE

18/10/1979

0030290 72 OLINDA-PE

038 466.664-58

PECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

PECIFE-PE

ATUALIZAÇÃO DE MORTE

34 - Data do

33 - Víctima de

32 - Víctima de

31 - Víctima de

30 - Víctima de

29 - Víctima de

28 - Víctima de

27 - Víctima de

26 - Víctima de

25 - Víctima de

24 - Víctima de

23 - Víctima de

22 - Víctima de

21 - Víctima de

20 - Víctima de

19 - Víctima de

18 - Víctima de

17 - Víctima de

16 - Víctima de

15 - Víctima de

14 - Víctima de

13 - Víctima de

12 - Víctima de

11 - Víctima de

10 - Víctima de

09 - Víctima de

08 - Víctima de

07 - Víctima de

06 - Víctima de

05 - Víctima de

04 - Víctima de

03 - Víctima de

02 - Víctima de

01 - Víctima de

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449254 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO. P.8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA+RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL) E ALTA MÉDICA. P.9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.

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 MODERADA DE HÁLUX ESQUERDO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449254 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO. P.8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA+RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL) E ALTA MÉDICA. P.9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.

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 MODERADA DE HÁLUX ESQUERDO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00





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, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449254

Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSALIA FREIRE ROSA

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 14627061

Pag. 00971/00972 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190449254

Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSALIA FREIRE ROSA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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.

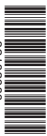
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01471/01472 - carta_03 - INVALIDEZ

00050736



Carta nº 14627672





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, 24 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449254

Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSALIA FREIRE ROSA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ROSALIA FREIRE ROSA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **341**

Agência: **000000550**

Conta: **0000016882-7**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 073.325.124-24 4 - Nome completo da vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2013

5 - Nome completo: ROSALIA FREIRE ROSA 6 - CPF: 073.325.124-24

7 - Profissão: MANICURE 8 - Endereço: RUA DR. VALDIR ROSSO 9 - Número: 20 10 - Complemento: 31

11 - Bairro: IMBIRIBEIRA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.150-070

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9.3988-7131

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 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:

☐ RECLUSO 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 INDEMNIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDEMNIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0550 CONTA: 18827

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/s pedido

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

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

38 - 1º Nome: 05.802.494/0001-41 CPF: TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Assinatura da testemunha 26 JUL 2019

39 - 2º Nome: Rua Aurora, nº 175, St. 902 BL. E Bo. Vista - CEP: 50.060-010 Recife-PE

Assinatura da testemunha 40 - Local e Data: OLIMPIA 30 DE JULHO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: **3190449254** 3 - CPF da vítima: **043 325.124-24** 4 - Nome completo da vítima: **ROSÁLIA FREIRE ROSA**

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

5 - Nome completo: **Rosália Freire Rosa** 6 - CPF: **043 325 124-24**

7 - Profissão: **MANICURE** 8 - Endereço: **Rua Doutor Valdeir Pinosa** 9 - Número: **52** 10 - Complemento: **A**

11 - Bairro: **Imbimbica** 12 - Cidade: **Rio de Janeiro** 13 - Estado: **RJ** 14 - CEP: **55.000.000**

15 - E-mail: **(81) 9.8488-7131** 16 - Tel (DDD): **(81) 9.8488-7131**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0550** CONTA: **16882** 7 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (razão)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: **05.802.494/0001-41**

CPF: **TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA**

Assinatura da testemunha: **07/08/2019**

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Bom Vista - CEP 50.060-010

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Oliveira, 05 de agosto de 2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

02/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141000325**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2018** às **11:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **6/6/2017** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PINHEIROS, 01, PRÓXIMO AO COLÉGIO PINHEIROS -**
Bairro: **IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ROSÁLIA FREIRE ROSA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVÍDUO
DESCONHECIDO

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA
26 JAN 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

ROSÁLIA FREIRE ROSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SILVIA LOPES FREIRE Pai: LAERCIO SOARES ROSA Data de Nascimento: 3/12/1987 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA DOUTOR VALDIR PESSOA, 52, CASA A - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE NO DIA 06/06/2017, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS, QUANDO ANDAVA NA AVENIDA PINHEIROS, PRÓXIMO AO COLÉGIO PINHEIROS, FORA SURPREENDIDA COM UM VEÍCULO TAXI QUE ATRAVESSOU A CICLOFAIXA E LHE ATINGIU NO PÉ ESQUERDO CAUSANDO UMA FRATURA NO DEDÃO (HALUX) DO MESMO PÉ. DECLARA QUE NA OCASIÃO FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE PASSOU POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SANAR A LESÃO. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

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

02/02/2018 11:21



ROSALIA FREIRE ROSA

(VITIMA)

E.O. registrado por: **ROSALVO FRANCISCO BARBOSA MAT 208.202-0**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

02/02/2018 21:21



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 073.325.124-24 4 - Nome completo da vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2013

5 - Nome completo: ROSALIA FREIRE ROSA 6 - CPF: 073.325.124-24
7 - Profissão: MANICURE 8 - Endereço: RUA DR. VALDIR ROSSO 9 - Número: 20 10 - Complemento: 31
11 - Bairro: IMBIRIBEIRA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.150-070
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9.3988-7131

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 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: ☐ RECLUSO 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 INDEMNIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDEMNIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0550 CONTA: 18827 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/s pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/s pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/s pedido

38 - 1ª | Nome: 05.802.494/0001-41
CPF: TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: 26 JUL 2019
CPF: Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: OLINDA 30 DE JULHO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 V002/2019

Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

PACIENTE REFERE QUE UM CARRO PASSOU SOBRE SEU HALUX ESQ

Antecedentes

SIM NÃO
DM: ☐ ☒

HAS: ☐ ☒

Medicamentos: ☐ ☒

Alergia: ☐ ☒

Exame Físico

EG Bom	Orientado e Conversando	Consciente	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
ACV:	☒	☐	☐	
AR:	☒	☐	☐	
AD:	☒	☐	☐	
SN:	☒	☐	☐	
SGU:	☒	☐	☐	
ORL:	☒	☐	☐	
Pele:	☒	☐	☐	

AP, Locomotor:

☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

Outros: SOL DE CONT EM 1 PDE COM AVULSÃO DE UNHA E PERDA DE SUBSTANCIA,

Aferições

PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O2
		15					

IPAS
Instituto Privado de Assistência à Saúde
Rua da Aurora, nº 175, sl. 903 Bl. C
Recife - PE 51150-010
Fone: (81) 3184-4328
Dr. Marcello Jcs

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Recife, 11 de Julho de 2019
26 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175, sl. 903 Bl. C
Recife - PE 51150-010
Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA
CRM: 8500 RECIFE-PE



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSALIA FREIRE ROSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00550

CONTA: 000000016882-7

Autenticação:

B21A60A0CE6CB754C64B057D9C7CC3D105B3C15B64422524263394B944D52D5C



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDUARDO LUIZ DE BRITO
CPF: 653.565.274-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DR VALDIR PESSOA 20 B

IMBIRIBERA/RECIFE
51150-070 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

26/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

111,03

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/06/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/06/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

066273481

CONTA CONTRATO

007002898424

Nº DO CLIENTE

2902943763

Nº DA INSTALAÇÃO

000308896

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

D05C.BF93.05A8.37D8.0FC6.47CE.9B9B.0DA9

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	118,08	0,74133679	87,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,71
Contrib. Bun. Política Municipal			18,49
ICMS Subvenção-CDE-NF 054859691-20/03/19			0,66
ICMS Subvenção-CDE-NF 058637270-17/04/19			0,72
Multa por atraso-NF 058637270 - 17/04/19			1,74
Juros por atraso-NF 058637270 - 17/04/19			0,64
Atualização IGPM-NF 058637270 - 17/04/19			0,57
TOTAL DA FATURA			111,03

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
88,25	25,00	22,06	88,25	0,17	0,15	88,25	0,79	0,69

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Risco	Valor
24/06/19	17/06/19	188,14

Este comunicado NÃO substitui avisos de débito anteriores e NÃO contempla débitos em litigância judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos na Art. 38 RER 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	3,54820890
--------------------	------------

METÓDICO DO CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)
JUN 19	118
MAI 19	114
ABR 19	113
MAR 19	119
FEV 19	100
JAN 19	103
DEZ 18	103
NOV 18	103
OUT 18	104
SET 18	87
AGO 18	102
JUL 18	96
JUN 18	105

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	RS	%
Geração de Energia	29,36	25,30
Transmissão	3,44	3,08
Distribuição (Cabo)	20,67	18,60
Encargos Setoriais	4,91	4,38
Perdas	22,50	20,25
Perdas de Energia	6,57	5,84
TOTAL	88,25	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
014558	CAT	1709/2018 21.725,00	1706/2019 21.843,00	1.000	0	0	118,08

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	DESMONTO	VALOR APURADO	METAS	METAS	METAS
			SEMANAL	TRIMESTRAL	ANUAL
até 09:00					
DEC-Med. de horas sem Energia	IMBIRIBERA	9,25	4,83	9,47	19,34
FIC-Med. de horas sem Energia		1,50	3,11	9,32	12,45
DEC-Duração máxima de Interrupção por dia		0,50	2,00	0,99	0,90
DEC-Duração de Interrupção em dia útil					Limite DEC: 12:25
DEC-Valor da Energia de Dia					R\$ 34,30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você através: x-franco ou correio eletrônico 108 Imbiribera / supermercado assunção: c. Jean emite fatura 040 ipsept. lida completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção COE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AGU

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007002898424	06/2019	111,03	26/06/2019	

838400000014 110300110077 002898424107 141189962430



Evite cópias e falsificações.
Este carhoto será usado em leitores ótica.



celpe
Grupo Educacional
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.431 de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de vista: 0800 221 8142
Ouvidoria: 0800 382 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167 | Agência Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-4 | Agência Gratuita de telefones Rios e móveis

DADOS DO CLIENTE GISEL MARIANO DA SILVA CPF: 288.800.254-02	DATA DE VENCIMENTO 08/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 442,28	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/02/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 26/02/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 051574607	CONTA CONTRATO 000676751625 Nº DO CLIENTE 0000205521 Nº DA INSTALAÇÃO 0002123728
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV PROF AGAMENON MAGALHÃES 472 VILA POPULAR/OLINDA 23338-010 OLINDA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 64C0.1BE3.D13D.B5B0.A43B.8FC4.5ADF.E5E5			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO CONTRATO	TIPO DA FURCACA	ANTERIOR		ATUAL		BP	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO Mês
		DATA	VALOR	DATA	VALOR				
8805066154478473	CAT	25/01/2015	3.825,00	16/03/2015	3.465,00	26	1,2995	9,26	273,50

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR	DATA	DATA	DATA
		ANTERIOR	INICIAL	FINAL	TERMINAL
6402215					
34C-Atividade normal com Energia	SÃO BENEDITO	9,26	6,80	6,91	16,03
PTC-Atividade especial com Energia		0,00	2,11	6,38	13,79
(RISC-Consumo voluntário de Interrupção contínua)		0,00	3,71	9,99	9,99
DESCRIÇÃO de Interrupção sem No critério					Local: 00001 50,29
VALOR-Valor de Consumo de Valor = R\$ 507,76					

Nota: Consumidor pode solicitar a atualização dos indicadores DSI, PM, SMO e SMOE e desligar o serviço.

NÍVEL DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO MÁXIMO
320	282 321
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000676751025	02/2019	442,28	08/03/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

OFFICE 302

(адрес) _____

Cpf: _____
39 - 2a | Nome: _____
Cpf: _____





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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 ALLIONE GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF 028.466.664-159 inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROSÁLIA EDNA ROSA (a) no CPF sob o nº 073.913.124-24 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima inscrito (a) no CPF sob o nº _____, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>AV Prof Agamenon Magalhães</u>	<u>473</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>VILA POPULAR</u>	<u>PE</u>	<u>53230-010</u>
Cidade	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>OLINDA</u>		<u>(81) 98483-7732</u>

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Olinda de Julho de 2019

Allione Gomes da Silva

DCL001.001 V001/2017



Paciente: 0000474156 ROSALIA FREIRE ROSA
Nascimento: 03/12/1987 31 Anos 7 Meses 8 Dias Sexo:
Atendimento: 00964739 Data Atendimento: 06/06/2017 16:28

Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

PACIENTE REFERE QUE UM CARRO PASSOU SOBRE SEU HALUX ESQ

Antecedentes

SIM NÃO
DM: ☐ ☒

HAS: ☐ ☒

Medicamentos: ☐ ☒

Alergia: ☐ ☒

Exame Físico

EG Bom

Orientado e Conversando

Consciente

Hidratado

Nutrido

Corado

Acianótico

Anictérico

Eupneico

Afebril

Sem Edemas

	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
ACV:	☒	☐	☐	
AR:	☐	☐	☐	
AD:	☐	☐	☐	
SN:	☐	☐	☐	
SGU:	☐	☐	☐	
ORL:	☐	☐	☐	
Pele:	☐	☐	☐	

AP. Locomotor:

☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

Outros: SOL DE CONT EM 1 PDE COM AVULSÃO DE UNHA E PERDA DE SUBSTANCIA.

Aferições

PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O2
15

RECIFE-PE
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 51150-004
RECIFE-PE
Dr. Marcello Jcs
(51) 3184-4328

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Recife, 11 de Julho de 2019

26 JUL 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA-010
CRM: 8500 RECIFE-PE



Prescrição.: 1323673 Data: 06/06/2017 16:33
Usuário.: JOSESSS
Atendimento: 954739 Dt Nasc: 03/12/1987 (31a 7m 8d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 474156 - ROSALIA FREIRE ROSA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 06/06/2017 16:28 0 Dias(s) Int
Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM 8500
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S924 FRAT DO HALUX Cido.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX PE ESQUERDO A.P. / OBLÍQUO : Exame: 251143	1					06/06/16:33


Dr. Marcello JCS
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: ROSALIA FREIRE ROSA
Data de Nascimento: 03/12/1987 Data Atendimento: 06/06/2017
Prontuário: 0000474156 Cód. Atendimento: 00964739
Nome do Hospital: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Senha: 5185346
Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico
Observação: ESMAGAMENTO HÁLUX ESQ. FRATURA EXPOSTA ?????

Recife, 06 de Junho de 2017

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA
CRM: 8500

IPAS
Instituto de Planejamento e Gestão
Dr. Marcello Simões
Centro de Referência em Saúde da Família

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: ROSALIA FREIRE ROSA
Data de Nascimento: 03/12/1987 Data Atendimento: 06/06/2017
Prontuário: 0000474156 Cód. Atendimento: 00964739
Nome do Hospital: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Senha: 5185346
Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico
Observação: ESMAGAMENTO HÁLUX ESQ. FRATURA EXPOSTA ?????

Dr. José Sérgio S. Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SBO 10096
Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA
CRM: 8500

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





Cetarus

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 444066

Prontuário: 1053659

Nome: ROSALIA FREIRE ROSA

Data Nasc.: 03/12/1987

Idade: 29

Sexo: FEMININO

Cor:

CPF:

RG:

CNS: 706805226555322

Endereço: RUA DOUTOR VALDIR PESSOA

Nº: 20

Bairro: IMBIRIBEIRA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 51150070

Fone: 83372737

Profissão:

Nome da Mãe: SILVIA LOPES FREIRE

Acompanhante: ALEX PEREIRA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. POR CHRISTIANE, SENHA 5185346, REFERE DOR E EDEMA EM MIE, APOS ATROPELAMENTO DE CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 06/06/2017 HORA: 18:57 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Paciente refere que o pneu do carro passou por cima do pé (E)

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

HAS (-) DM (-) Alergia (-)

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

EBB, consciente, orientado

B: Respiratório

eupneico

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

corado

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:

*ferimento + lesão luto ungueal em halux
pi (E)*

Bom perfusão

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



KOSALIA F. K. K. COSTA



**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



E: Abdômen	
Trax R	
Diagnóstico Inicial: fratura exposta halux (E)	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	Código Procedimento:
① Ceftriaxone 2g + AD @ 19:245	
② VDT 0,5 mL IM @ SAT 5000, FF	
③ Dipirona 1 amp + AD @ 19:245	
Do bloco cirurgico	
Ass. Médico + Carimbo	
Tratamento / Procedimentos:	Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim ☒ Não ☐ Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Código Procedimento:
	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	Condição de Alta:
	☐ Curado ☐ Melhorado
	☐ Inalterado ☐ Piorado
	☐ Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐	Assist. Social:
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO:
Data:	Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 06/06/2017 18:57 h JOSENEIDEAS	Impressão: 06/06/2017 18:57 h JOSENEIDEAS



26 JUN 2019
Rua da Aurora, 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

COPIA

261710182568-0

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

(03 vias)

CARTÃO SUS:

SENHA:

Nome do paciente: ROSALIA FREIRE ROSA

DATA DE NASCIMENTO

SEXO: MASCULINO

Nº DO REGISTRO: 1053659

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

Nº 35:

BLOCO:

APT:

BAIRRO:

MUNICÍPIO: RECIFE

UF: PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA APÓS ATROPELAMENTO EM PÉ ESQUERDO

EXAME FÍSICO EGB COTE AFEBRIL

DEFORMIDADE + FERIMENTO EM HALUX E

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES RX + ANAMNESE + EX FÍSICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL FRATURA EXPOSTA DE HALUX E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

*** RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL + IMOBILIZAÇÃO adesiva

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

ORTOPEDIA

CÓDIGO

CARATER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA

DATA: 08/06/2017

Cajo Siqueira
Médico
CRM/PE 25462

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

DATA: 08/06/2017

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro

Recife/PE - CEP 50.630-060

Fone: 0XX8131845600

HGV 1024.V.1201

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 JUN 2018Rue da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PEFernando Mendonça
Médico
CRM 8541

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Rosalia Freire Rosa</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: <u>Silvia Lopes Freire</u>		CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO:
DATA DE NASCIMENTO: <u>03/12/87</u>	IDADE: <u>29</u>	PESO:	ALTURA: SEXO: ☐ F: ☐ M: ☐
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura exposta do hálux e</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Tratamento cirúrgico</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>06.06.17</u>	DATA DA ALTA: <u>08.06.17</u>	DIAS DE INTERNAÇÃO: <u>2</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0408050470</u>	CD: <u>598.4</u>	CARIMBO/REVISÃO/ATURAMENTO Faturado Médico CNA 854	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	QUIRURGIÃO	<u>Dr. Silvio Cavalcanti</u>	
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO	<u>Dr. Carlos Siqueira</u>	
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE ☐ HEMODIÁLISE			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>05.802.4977</u> <u>TRAÇÃO CORRETORA</u> <u>DE SEGUROS LTDA</u> <u>26 JUL 2019</u> <u>Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C.</u> <u>Boa Vista - CEP: 50.060-010</u> <u>RECIFE-PE</u>			
MEDIÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Alta</u>			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS: _____		OSTO: ☐ IM: ☐ SVO: ☐ SO: _____	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
DATA: _____		MÉDICO RESPONSÁVEL: ASSINATURA/CARIMBO:	

Avenida General Sampaio s/nº - Ondara
Recife - CEP: 50.060-050
Fone: (0800) 31648800

GV.1010.V.1.2019.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: ROSALIA FREIRE ROSA

Registro: 1053659

Data da operação: 06/06/17

Operador: Dr DRA SILVIA CAVADINHA 1º auxiliar: Dr CAIO SIQUEIRA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX E

Tipo de operação: LMC + RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob ANESTESIA local
- 2) Assepsia e antisepsia
- 3) Aposição de campos estéreis.
- 4) Ampliação da ferida
- 5) Lavagem copiosa do ferimento
- 6) Reconstrução do leito ungueal com nylos 5.0 + curativo com parte do equipo do soro.
- 7) Curativo
- 8) Imobilização adesiva
- 9) Boa Perfusão após procedimento

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26.06.2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Caio Siqueira
Médico
CRMPE 25463



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Isaías Francisco</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS: <u>1053659</u>	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1053659</u>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: ☐ F ☐ M
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>fratura exposta do braço E</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Tratamento cirúrgico</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>06, 06, 17</u>		DATA DA ALTA: <u>08, 06, 17</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	ORIMBO/REVISOR/PATURAMENTO
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	QUIRURGIA	<u>Dr. Flávia Cavalcanti</u>	
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO	<u>Dr. Carlos Figueira</u>	
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE ☐ HEMODIÁLISE	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>05.802.494/0001</u> <u>TRAÇÃO CORRETORA</u> <u>DE SEGUROS LTDA</u> <u>26 JUL 2018</u> <u>Paciente em tratamento cirúrgico</u> <u>em 10 E</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS DE ALTA: Para da Autoridade: <u>003 BL E</u> Rua Vitor - CEP 50.060-010			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>fratura exposta do braço E</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: ☐ DURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS		OBJETO: ☐ IML ☐ SVO ☐ SO	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: <u>Ceftriaxona 1g/12h / analgésico / retorno em 48 horas cirúrgico</u>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
08, 06, 17 DATA		Dr. Carlomano Maciel Ortopedia CRM 12678 - RJOT 8327 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CEM	

GV 1010-V.1.2018

Avenida General San Martín s/n - Centro
 Recife - CEP 50.033-000
 Fone: (081) 31845500

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: <u>Rosalia Freire Rosa</u>			02 (DUAS) VIAS		
NOME DA MÃE: <u>Silvia Lopes Henri</u>			CARTÃO SUS:		
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO:		
DATA DE NASCIMENTO: <u>03/12/87</u>	IDADE: <u>29</u>	PESO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F ☐ M	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura exposta do hálux e</u>					
COMORBIDADE:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Tratamento cirúrgico</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>06.06.17</u>		DATA DA ALTA: <u>08.06.17</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO: <u>2</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0408050470</u>		CID: <u>S92.4</u>		CARIMBO/REVISÃO/ATURAMENTO <u>Fernando M. de A. Silva</u> <u>CRM 85471</u>	
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA	
1	QUIRURGIÃO	<u>Dr. Silvia Cavalcanti</u>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Carlos Siqueira</u>			
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE ☐ HEMODIÁLISE					
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) AGUADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>05.802.494/0001-41</u> <u>TRAÇÃO CORRETORA</u> <u>DE SEGUROS LTDA</u> <u>26 JUL 2019</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:		Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE, PE			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:		<u>Alta</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CIRURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS		OSTO: ☐ IML ☐ SVD ☐ SO:			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
DATA		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM			

130V (P) 12.01.2015

Avenida General San Martin s/n - Centro
FARMACEUTICA - CEP 50.950-000
FONE: (0800) 21.642800



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME: Rosalina Tereza Rosa

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 26/06/17

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 85 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☒ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Av. General San Martin s/n - Cordão
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: (0XX) 319-5800

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

HGV-1028 V.1 2013.



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ROSALIA FREIRE ROSA

1. Ocorrência da Emergência: 444066

1.1 - Atendimentos em: 06/06/17

1.2 - Às 18 horas e 57 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1053659

2.1 - Internado em: 06/06/17

2.2 - Alta em: 08/06/17

3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 06/06/17: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL.

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA: 9.1.2018

HORA: 15:53:35

PASTA: 01.01.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

BOA VISTA - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



05.802.494/0001-11
TRACAO GARANTIDORA
DE SEGURANCA

26.01.2020

Boa Vista - CEP 56050-010
REC-PE



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 06/06/2017 18:50

Nome Paciente:	ROSALIA FREIRE ROSA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	03/12/1987
Sexo:	Feminino
Idade:	29
Senha:	E0026
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 06/06/2017 18:50 - 06/06/2017 18:51

CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE REFERE QUE AO'S ATROPELAMENTO POR CARRO APRESENTA DOR E EDEMA EM MIE

Observação: NEGA ALERGIA
HAS-
DM-

Sintomas principais: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(s): DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Locais: - REGUA DE DOR: 5

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 JUN 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 06/06/2017 18:51

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





05.002.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 DE 2019

Rua da Aurora, nº 475-50-902 BL
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



Resolução Final Renda

05.002.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2020

AV. DA AMÉRICA, 1175, 5A AND - L
01305-000 - CEP - SÃO PAULO - SP

RECIBO





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

