



Número: **0087492-32.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO SANTANA DA SILVA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57283199	03/02/2020 08:44	2689465_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 33ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00874923220198172001

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 **LEONARDO SANTANA 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 **11/08/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 16/10/2017.

Cumprido 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\$ 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



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

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.

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;

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)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue 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 oitenta 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.

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo 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\$ 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 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 **11/08/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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



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 citação⁶.

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 ação⁷

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 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;

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

⁷art. 1º. (...)

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



- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **LEONARDO SANTANA DA SILVA**, em curso perante a **33ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00874923220198172001.

Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





03/02/2020

Número: **0087492-32.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO SANTANA DA SILVA (AUTOR)		EWEYSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57283200	03/02/2020 08:44	ANEXO 1	Outros (Documento)

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 11/08/2017 14:30

Nome Paciente: LEONARDO SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/12/1982
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: E0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/08/2017 14:31 - 11/08/2017 14:31

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE ATROPELAMENTO, EVOLUI COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID

Observação: SENHA 5232134

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2018



Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:

Data Impressão: 11/08/2017 14:31

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

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

☐ IDADE > OU IGUAL 65 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 MÔRBIDA 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/GOREN: _____

Avenida Getúlio Vargas, 1.201 - Centro
Recife/PE - CEP 50.030-090
Fone: (0800) 3194600

HGV.1028.V.1.2013.



copiada / 14/02/20

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5232134
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Leonardo Santana da Silva Idade: 34

Sexo: M (x) F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: R. Petrópolis 104 Bairro: Volta

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Platima de acidente de trânsito
potencial com o transito aberto

Hipótese Diagnóstica: Fratura do membro superior direito

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Face: S () N () Retratação Xifoide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normo corada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-Abdominais: S () N () Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou Outras Drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenoterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Transtorno mental

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *Hosp. Santa Voz*

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N (X)

Recife, 04.08.2014
Local e Data

Dr. Gualberto Costa
Ortopedia
CRM 9467

Dr. Gualberto Costa
Ortopedia
CRM 9467

Médico Assistente





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEONARDO SANTANA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 470589

1.1 - Atendimentos em: 11/08/17

1.2 - Às 14 horas e 38 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 275210

2.1 – Internado em: 11/08/17

2.2 - Alta em: 14/08/17

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO COM DESVIO.

4. Tratamento: 1) ANALGESIA. 2) TRANSFERIDO PARA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.

5. Observação: VÍTIMA DE ATROPELAMENTO.

DATA: 27.9.2017

HORA: 07:17:11

PASTA: 01.09.2017

JGAS

RS

Jéssica Guido da Araújo Sá
Osteopata
CRM 6.336 RQE 2167

Dr. Jéssica Guido.



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 470589

Prontuário: 275210

Nome: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data Nasc.: 03/12/1982

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 6340200

CNS: 702602781232543

Nº: 104

Endereço: RUA PATROCÍNIO

Bairro: VARZEA

Cidade: RECIFE

CEP: 50740210

Fone: 83287327

Profissão:

Estado: PE

Nome da Mãe: SONIA MARIA DE SANTANA

Acompanhante: LUIZ FERNANDO SANTANA DE ALENCAR

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA CAXANGA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 52322134 PAC REFERE ATROPELAMENTO EVOLUI COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2. ATENDIMENTO DATA: 17/02/2017 HORA: 14:38

Queixa Principal / HDA:

Vítima de Atropelamento com fratura no tornozelo Direito.

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:

Exame Físico

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp: Cº

BGG, consciente e orientado.

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

*Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia
CREMEPE 16.118*





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Fratura do Ulna lateral distal

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

(Com desvio)

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Tratamento / Procedimentos:

Intervenção
para alívio

Indicação Cirúrgica: Sim ☒ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

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:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐ Transferência ☒ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Observações:

resp Sandra Rosa 14-08-17

Assist. Social:

Assist. Social

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:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

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:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Cadastramento: 11/08/2017 14:38 h

DENNISELD

Impressão: 11/08/2017 14:38 h DENNISELD

Médico





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

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

☐	IDADE > OU IGUAL 65 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	ASSINATURA (ORIENTADO): _____
☐	NÃO	

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 a comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apolar-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: _____

Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior
Enfermeira
COREN-PA 141.141

Avenida Getúlio Vargas, s/n - Centro
Recife-PE - CEP 50.850-060
Fone: (0XX) 51 31846600

HGV-1028.V.1.2010.

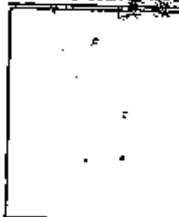


HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 11/08/2017 14:30



Nome Paciente: LEONARDO SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/12/1982
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: E0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/08/2017 14:31 - 11/08/2017 14:31

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

HISTORIA DE ATROPELAMENTO, EVOLUI COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID

Observação:

SENHA 5232134

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

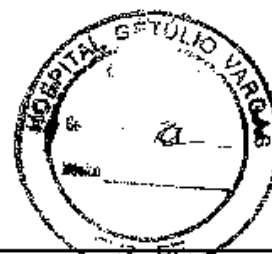
- DOR MODERADA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5



Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:

Data Imp: 11/08/2017 14:31

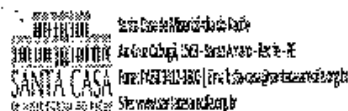
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta



Nome: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Reg.: 523777

Pront.: 1101334

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 03/12/1982

Idade: 36

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 14/08/2017 09:41

Alta: 16/08/2017 18:30

Admissão:

FRATURA EM TORNOZELO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal	S82	FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO [NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA
Outros	S82.6	FRATURA DO MALÉOLO LATERAL
	W99.9	EXPOSIÇÃO A OUTROS FATORES AMBIENTAIS ARTIFICIAIS E AOS NÃO ESPECIFICADOS - LOCAL NÃO ESPECIFICADO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	14/08/2017 09:41	16/08/2017 18:30	2 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **LEONARDO SANTANA DA SILVA**, prontuário nº **110.1334**, admitido neste hospital em 14/08/2017 com diagnóstico de Fratura do Tornozelo Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 16/08/2017.

Recife, 20 de Setembro de 2017.


Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
GRN/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 15/08/2017 / 13:51 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 14/08/2017 09:41 Data da alta: 16/08/2017 18:30
Intervalo: 2

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura do Tornozelo Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura-Luxação do Tornozelo Direito + Reconstrução Ligamentar CÓDIGO: 0408050497 / 0408050144

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de atropelamento por ônibus, resultando em Fratura do Tornozelo Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura do Tornozelo Direito CID:

Dr. Azarias Salgado
Assinado eletronicamente
15/08/2017

Dr. Azarias Salgado
Assinado eletronicamente
15/08/2017





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 15/08/2017 / 13:51 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 14/08/2017 09:41 Data da alta: 16/08/2017 18:30
Intervalo: 2

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Médico Internista
20/02/2020

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Médico Internista
20/02/2020





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**

Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 15/08/2017 / 13:50 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 2

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/08/2017-13:50

Diagnóstico pré-operatório: Fratura-Luxação do Tornozelo Direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura-Luxação do Tornozelo Direito

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura-Luxação do Tornozelo Direito + Reconstrução Ligamentar

Cirurgião: Dr. Azarias Salgado

Anestesia: Raquí

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI;
2. Incisão lateral do membro inferior;
3. Abordagem por planos por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado redução do foco da fratura + osteossíntese com 01 placa + parafusos, verificado boa aposição dos implantes e boa redução da fratura;
4. Realizado reconstrução ligamentar do tornozelo.
5. Realizado limpeza com SF 0,9%;
6. Sutura;
7. Curativo;
8. Bota gessada;
9. RX de controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM:6218

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 1000000056345336





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 24/08/2017 / 07:36 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 2

LAUDO-PERNA e TORNOZELO DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.203862



SOLICITAÇÃO DE FICHA DE ESCLARECIMENTO AO SAME

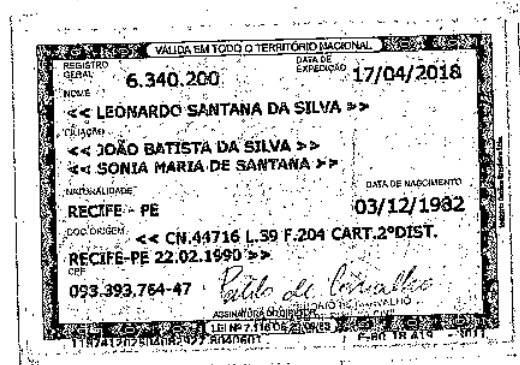
Nome do Paciente: LEONARDO SANTANA DA SILVA		
Identidade: 6.340.300	Telefone(s) de Contato: 81 936924424	
Endereço: RUA DO PATROCÍNIO, 104		
Bairro: VAREZA	Cidade: RECIFE	Estado: PE
Nome da Mãe: SONIA MARIA DE SANTANA		
Prontuário: 1101334	Data de Entrada: 14.08.17	Aitor: 16.08.17
Nome do Solicitante: O MCMALD		
Grau de Parentesco: X		
Laudado para fins de: DOVAE		
Obs: PRAT TORNADO D		
☒ Laudo Médico	☒ Cópia do Prontuário	
Obs: Para solicitação de cópia do Prontuário anexar o Xerox da identidade ao pedido. Ligar após 30 dias para o telefone (81) 3412-3815 de Segunda à Sexta, das 7h às 19h.		
Recife, <u>31</u> de <u>08</u> de 201 <u>7</u>		
x _____ (O Laudo só será entregue ao paciente, parente de 1º grau ou procurador)		

ARUANA SEGURODORA
24 SET 2019





ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019



AMANDA MARIA SANTANA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE (CPF EMBRAN) UF
352627, 252, PE

CNPJ 043.922.754-26 DATA NASCIMENTO 25/03/1983

RELACAO
ARLEINDO OLIVEIRA DA SI
LVA
ANA MARIA SANTANA DA S
LVA

CPF 03368225667 VALIDADE 30/05/2023 DATA HABITACAO 30/08/2024

ASSINADO EMISSOR

LOCAL RECIFE, PE DATA EMISSAO 30/08/2018

ASSINADO EMISSOR

PERNAMBUCO

ARLIANA SEGURADORA
24 SET 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190549212 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 11/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11,15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LEONARDO SANTANA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 11/08/2017 CPF DA VÍTIMA 093.393.764-47
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. CONEGO SOUZA FERNANDES MACHADOS
 Nº 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VARZEA
 CIDADE PELUFES UF PE CEP 50.970-230
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 99259-0049

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (DOIS MIL E SETECENTOS REAIS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

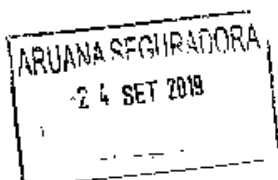
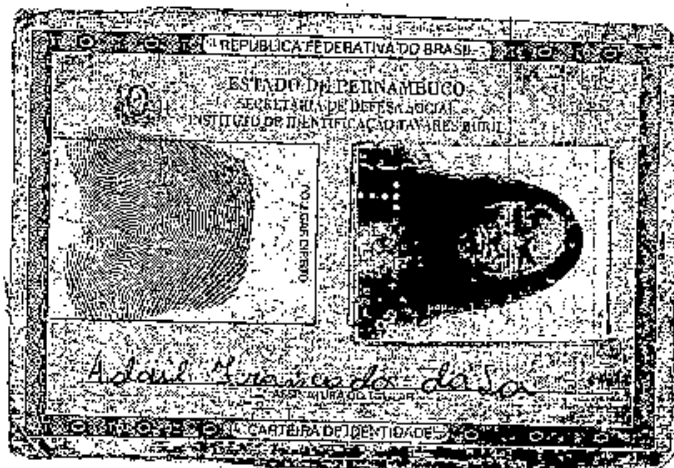
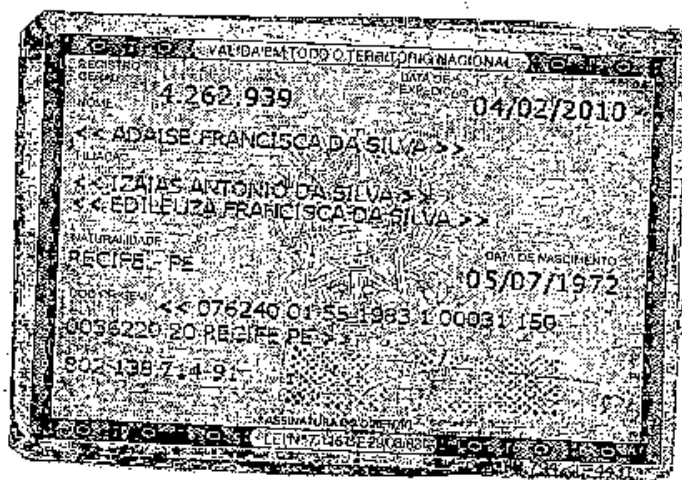
DATA 24/09/2019
 IDENTIDADE 5.696.087 SSP/PE
 ASSINATURA André de Santana Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24-SET-2019
 NOME André de Santana Silva
 ASSINATURA André de Santana Silva



A Rogo





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022.12.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.81.88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022.12.06 | Central Ouvidoria: 0800-022.91.93

Eu, ADRISE FRANCISCA DA SILVA

RG nº 4.262.939, data de expedição 04/02/2010

Órgão SDS / RE, CPF nº 802.138.714-91

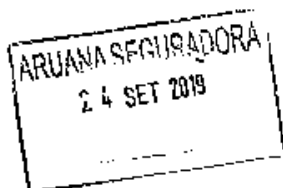
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

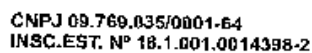
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. BARÃO BOUILLÉ</u>
Número	<u>817</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CIDADE UNIVERSITÁRIA</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.740-080</u>
Tel. de contato	<u>(81) 99259-0049</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: / /

Adriane Francisca da Silva
Assinatura do Declarante





ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - 5/N - DOIS IRMAOS R
ECLIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE ANTONIO I DE MELO AV BR BONITO, N. 00817 - CIDADE UNIVERSITARIA RECIFE PE 50740-080 INSCRICAO: 340.421.005.0380.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMATICO: 054885067		MATHICULA: 54885067 Jul/2019									
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ENCONTRAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA								
HIDROMETRO A10S138584	DATA LEIT. ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 05/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/VEI) MÉDIA HD								
ÁGUA: LEIT. ANT.: 1 CONSUMO: 0 LEIT. ATU.: RECOR. ANOM. HD RET. LEIT. FAL.: 1											
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO											
06/2019	00										
05/2019	00										
04/2019	00										
03/2019	00										
02/2019	00										
01/2019	00										
MÉDIA: 00		Quantidade de Água: www.compsa.com.br									
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS 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		0 MB	41,30								
MÚLTA P/ IMPUNTUALIDADE 06/2019			0,82								
<table border="1"> <tr> <td>VALOR DO IMPOSTO</td> <td>41,30</td> <td>1,85</td> <td>0,88</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO IMPOSTO</td> <td>41,30</td> <td>7,00</td> <td>3,14</td> </tr> </table>				VALOR DO IMPOSTO	41,30	1,85	0,88	VALOR DO IMPOSTO	41,30	7,00	3,14
VALOR DO IMPOSTO	41,30	1,85	0,88								
VALOR DO IMPOSTO	41,30	7,00	3,14								
VENCIMENTO: 20/08/2019		TOTAL A PAGAR: 42,12									

24 SET 2019





testemunha

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **711.760.844-70**

Nome: **ADRIELE DA SILVA ALCANTARA**

Data de Nascimento: **13/12/1998**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/07/2015**

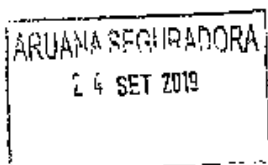
Dígito Verificador: **00**

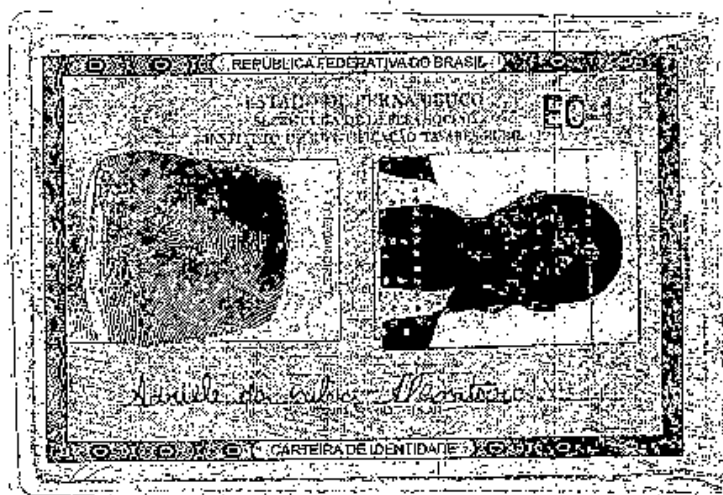
Comprovante emitido às: **15:20:57** do dia **13/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2232.CA8E.B243.EEDE**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





ARQUIVADA REGISTRADORA
24 SET 2019





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 81 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06 | Central Guardião: 0800-021 91 93

Eu, ADRIELE DA SILVA ALCANTARA

RG nº 10.221.029, data de expedição 27/08/2015

Órgão SDS 1 PE, CPF nº 711.760.844-70

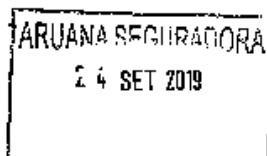
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. BOMBO BOMBO</u>
Número	<u>817</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CIDADE UNIVERSITÁRIA</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.740.080</u>
Tel. de contato	<u>(21) 99259-0049</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Adrielle da Silva Alcantara
Assinatura do Declarante





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - 5/N - DDIS IRMAOS R
RECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 54885067	
ANTONIO I DE MELO		06/01/2019	
AV BR BONITO, N. 00317 - CIDADE UNIVERSITARIA RECIFE PE 50740-000			
INSCRICAO: 340.421.005.0380.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMATICO: 054885067			
SITUACAO AGUA LIGADO	SITUACAO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS DOMESTICA INDUSTRIAL PUBLICA
WILSONMETRO A10S118584	DATA LEIT ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT ATUAL 05/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD
AGUA: LEIT ANT: 1 CONSUMO: 0 LEIT ATU: RECOR ANORM HD RET LEIT FAI: 1			
HISTORICO DE CONSUMO			
REFERENCIA CONSUMO		PARAMETROS	
06/2019	00	NÚMERO DE AMOSTRAS	
05/2019	00	EXIG. PORT.	ANALISES
04/2019	00	MS 2.914/11	ATENDEM
03/2019	00	REALIZ.	A LEGIS
02/2019	00	TURBIDFZ	126 127 127
01/2019	00	COR APARENTE	126 127 125
MEDIA:	00	CLORO RESIDUAL	126 127 127
		COLIF. TOTAIS	126 127 126
		E. COLI	126 127 127
Quantidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS 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		0 M3	41,30
Multa p/IMPONTUALIDADE 06/2019			0,82
Tributos			
Base de Cálculo		1,05	0,53
MERCANTIL		7,60	3,14
VENCIMENTO: 20/08/2019		TOTAL A PAGAR: 42,12	

IMPRESSO EM: 05/08/2019 11:17:52

ARIANA SERRADORA
24 SET 2019



festamento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
FABRICA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS ESTADOS NACIONAIS

1221607980

NOME
FERNANDO FERNANDO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIFIC. ORDEMADOR (UF)
6441558 SP, PE

CPF
056.639.384-69

DATA NASCIMENTO
30/04/1983

FUNÇÃO
FERNANDO FERNANDO DE
OLIVEIRA
NIVELAMENTO DE
OLIVEIRA

PERMISO
ACQ
CALHA
AB

N. REGISTRO
05229956971

VALIDADE
13/09/2021

1.ª EMISSÃO
16/04/2012

IDENTIFICADORA
SEM Códigos de barras

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
15/02/2016

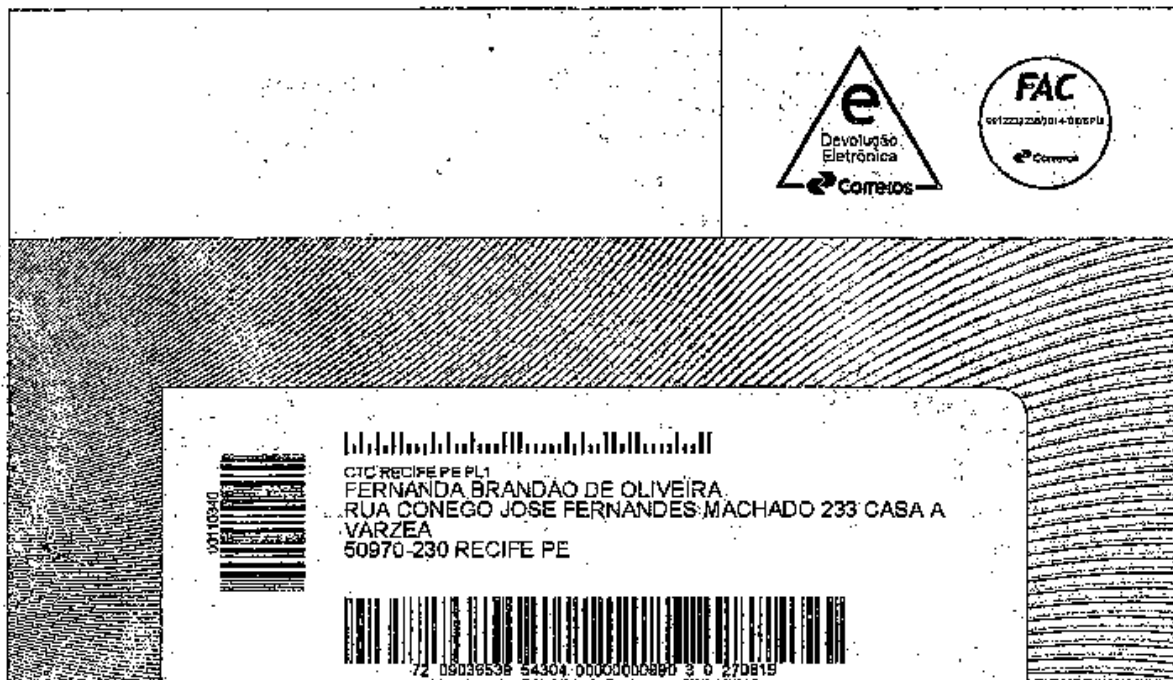
ASSINATURA DO TITULAR

1221607980

1221607980

ARQUIVADA REGISTRADORA
24 SET 2019







DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0600 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, LEONARDO SANTANA DA SILVA

RG nº 6.340.200, data de expedição 17/04/2018

Órgão SDS/PE, CPF nº 093.393-764-47

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

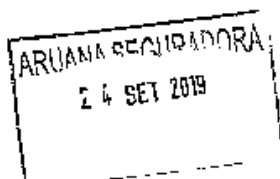
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Avº BR. Bonif</u>
Número	<u>817</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CIDADE UNIVERSITÁRIA</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.740-080</u>
Tel. de contato	<u>(81) 98552-9424</u>
E-mail	<u>ANDREABRANCO97@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: _____



Adair M. Ramalho da Silva
Assinatura do Declarante / ASSINATURA DO APOSENTADO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190549212 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 11/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11,15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	LEONARDO SANTANA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
IDENTIDADE	6.340.200 SDS/PE CPF: 093.393.764-42
ENDEREÇO	AV: BARÃO DE BONITO, 817 - VARZEA-REUFE/PE 50.740-080

OUTORGADO	ANDRÉIA MARIA SANTANA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	5.696.097 SDS/PE CPF: 043.922.754-26
ENDEREÇO	R. CONEGO SOFÉ FERNANDES MACHADOS, 233 - VARZEA - REUFE 50.970-230

A ROGO	ADAÍSE FRANCISCA DA SILVA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	4.262.939 SDS/PE CPF: 802.138.714-91
ENDEREÇO	AV: BARÃO DE BONITO, 817 - VARZEA-REUFE/PE 50.740-080

1. TESTEMUNHA	ADRIELE DA SILVA ALCANTARA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	10.221.029 SDS/PE CPF: 711.760.844-70
ENDEREÇO	AV: BARÃO DE BONITO, 817 - VARZEA-REUFE/PE 50.740-080
2. TESTEMUNHA	FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
IDENTIDADE	6.141.955 SDS/PE CPF: 056.637.994-69
ENDEREÇO	R. CONEGO SOFÉ FERNANDES MACHADOS, 233 - VARZEA - REUFE/PE 50.970, 230

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) LEONARDO

SANTANA DA SILVA em 11/09/17 conforme registrado pela BO em anexo ao processo, tendo como natureza do processo _____.

Podendo dito(a) procurador(a) representar o (a) outorgante como se o(a) próprio fosse, enfim requerer todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

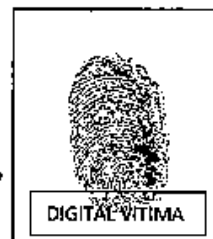
LOCAL E DATA: REUFE 13 DE SETEMBRO DE 2019.

A ROGO: Adail Francisca da Silva

TESTEMUNHA 01: Adriele da Silva Alcantara

TESTEMUNHA 02:

(Assinaturas manuais e rubricas)



OBS: Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeira do A Rogo e das testemunhas.

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Casagrande, 3489 - Ipuanga - CEP: 50.670-003 - Fone: (51) 3453-2251
Reconhecimento por AUTENTICIDADE a firma indicada de
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
lançada em minha presença, dou fé.
Recife, 13 de setembro de 2019, 15:48:10.
Em testemunho da verdade,
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240.IDA09201903.01455
Emol: R\$ 0,39 TGRN R\$ 0,80 FERR R\$ 0,04 FUNDEO R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 IRS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Casagrande, 3489 - Ipuanga - CEP: 50.670-003 - Fone: (51) 3453-2251
Reconhecimento por AUTENTICIDADE a firma indicada de
ADAISE FRANCISCA DA SILVA
lançada em minha presença, dou fé.
Recife, 13 de setembro de 2019, 15:46:54.
Em testemunho da verdade,
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240.OHJ09201903.01452
Emol: R\$ 0,39 TGRN R\$ 0,80 FERR R\$ 0,04 FUNDEO R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 IRS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Casagrande, 3489 - Ipuanga - CEP: 50.670-003 - Fone: (51) 3453-2251
Reconhecimento por AUTENTICIDADE a firma indicada de
ADRIELE DA SILVA ALCANTARA
lançada em minha presença, dou fé.
Recife, 13 de setembro de 2019, 15:46:18.
Em testemunho da verdade,
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240.DBM09201903.01451
Emol: R\$ 0,39 TGRN R\$ 0,80 FERR R\$ 0,04 FUNDEO R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 IRS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91



ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330824/19

Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

CPF: 093.393.764-47

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 11/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO SANTANA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA : 043.922.754-26

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

LEONARDO SANTANA DA SILVA : 093.393.764-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019
Nome: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA
CPF: 043.922.754-26

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA





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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549212

Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO SANTANA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14812374

Pag. 01935/01936 - 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, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549212

Vítima: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO SANTANA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001055-3

Conta: 000000501558-8

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: ☐ DMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
093.393.764-47 LEONARDO SANTANA DA SILVA

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

5 - Nome completo: LEONARDO SANTANA DA SILVA 6 - CPF: 093.393.764-47
7 - Profissão: RECURSA 8 - Endereço: AV. BARÃO DOITO 9 - Número: 87 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CIDADE UNIVERSITÁRIA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50740-080
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 99259-0049

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\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (342) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1055 CONTA: 0501558 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 do acidente do 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 (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 criança(v) nascido(s)? ☐ 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.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: ADMISE FRANCISCA DA SILVA
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 802.138.714-91
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Admisse Francisca da Silva

38 - 1ª Nome: FERNANDA BRANDIL DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: ADRIELE DA SILVA ALCANTARA
CPF: 311.760.844-70
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 24 de Setembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V007/2019

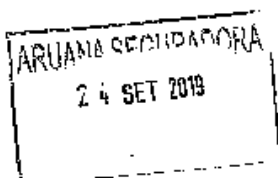


Saldos

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
LEONARDO SANTANA DA SILVA
AGENCIA 1055 CONTA 0501558-8

12:25 HRS
16/SET/2019

DISPONIVEL	
= TOTAL DISPONIVEL	103,60-
+ CONTA FACIL (C/C + POUF)	103,60-
TOTAL DE RECURSOS	103,60-



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
093.393.764-47 LEONARDO SANTANA DA SILVA

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

5 - Nome completo: LEONARDO SANTANA DA SILVA 6 - CPF: 093.393.764-47
7 - Profissão: RECURSA 8 - Endereço: AV. BARÃO DOITO 9 - Número: 87 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CIDADE UNIVERSITÁRIA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50740-080
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 99259-0049

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\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPEANÇAS (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (342) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1055 CONTA: 0501558 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do 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 (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 criança(v) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: ADMISE FRANCISCA DA SILVA
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 802.138.714-91
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Admisse Francisca da Silva

38 - 1ª Nome: FERNANDA BRANDIL DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: ADRIELE DA SILVA ALCANTARA
CPF: 311.760.844-70
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 24 de Setembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V007/2019



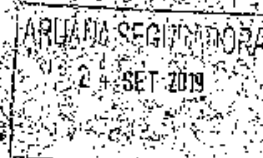
192



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 044.09.2017
EM: 19.09.2017



Atendendo ao requerimento da Sra. **ADATSE FRANCISCA DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **4262939**, SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **802.138.714-91**, declaramos que constam em nossos arquivos a ocorrência de Nº **IS-367925**, que no dia 11 de agosto de 2017, o paciente Sr. **LEONARDO SANTANA DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **6340200**, SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **093.393.764-47**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo ciclista e ônibus, por volta das 09h20, na Avenida Caxangá, em frente ao Caxangá Golf Club e Posto Ipiranga, Caxangá, Recife/PE, sendo socorrido para UPA Caxangá e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Getúlio Vargas, Recife, 19 de setembro de 2017.

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

Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano do Recife
192
Mat 92.54859



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO SANTANA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01055-3

CONTA: 000000501558-8

Nr. Autenticação

BRADESCO0410201905000000000023701055000000501558168750 PAGO





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUB, - S/N - DOIS IRMÃOS R
RECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE
ANTONIO T DI MELO MATRÍCULA: 54885067 - 01/2019
AV BR BONITO, N. 00817 - CIDADE UNIVERSITARIA RECIFE PE 50740-
080
INSCRIÇÃO: 340.421.005.0380.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 054885067

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO PROTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO A105118584	DATA LEIT. ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 05/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD	

ÁGUA:
LEIT. ANT: 1 CONSUMO: 0
LEIT. ATUAL: RECOR. ANOM. HD RET
LEIT. FAI: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS.
TURBID.FZ	126	127	127
COR. APARENTE	126	127	129
COLOR. RESIDUAL	126	127	127
COLIF. TOTAIS	126	127	126
E. COLI	126	127	127

MÉDIA: 00 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS: AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR.
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS 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	0 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,82

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PS	41,30	1,85%	0,68
EDF	41,30	2,60%	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR: 42,12

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019



CAIXA**Fatura**

Número do Cartão:

5126.02XX.0000.9576

Atendimento a

Dentista

2ª Via Vencimento da**06/06/2019****Total Fatura****R\$ 834,60****Pagamento Mínimo****R\$ 126,42**

ATENÇÃO Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá encerrar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incluindo ainda a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo das parcelas em caso de manutenção parcelar de 4 a 24 meses: R\$ 99,99.
Data prevista para o fechamento da parcela: 25/06/2019

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Cédula R\$
		Valor Original	Cotação	Débito
26/04	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			358,100
06/05	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			358,180
	Subtotal Nacional			0,000

ANDREA MARIA S DA SILVA 51260200009576

Movimentações Nacionais

26/04	CREDIMOVE	07/05	CAMARAGIBE	
26/04	YES COSMETICS	04/06	RECIFE	39,500
26/04	LASER ELETRO	03/04	RECIFE	24,920
26/04	LASER ELETRO	03/04	RECIFE	44,560
26/04	VAREJO DAS CARNES	03/04	RECIFE	59,100
26/04	SO ALHO		RECIFE	32,080
27/04	JOSE MATIAS NETO MER		RECIFE	37,670
27/04	TARDEZINHA PUB		RECIFE	46,050
27/04	JOSE MATIAS NETO MER		PAULISTA	66,800
27/04	QUINTANA DOS GUERREIRO		RECIFE	117,710
01/05	PETISCARIA PRÍNCIPES PRM		Rodfe	12,600
04/05	MOVIMAX CAMARA		CAMARAGIBE	155,090
07/05	JOSE MATIAS NETO MER		CAMARAGIBE	45,000
08/05	POSTO SOPHIA		RECIFE	20,540
08/05	ACOM MKT PLACE	01/05	RECIFE	50,000
10/05	AUTO POTENCIAL		RIO DE JANEIRO	34,140
27/05	ANUNCIO OFERECENDO TIT	03/05	RECIFE	30,040
27/05	ANUNCIO OFERECENDO TIT	03/05		12,000
31/05	RF ADICIONAL DE ROTATIVO			0,770
	Subtotal Nacional			1,260
	Total Nacional			834,600
	Total Internacional			234,800
	Total Fatura			0,000
				834,600

Encargos

QUOTA		
IGRA	2,00% a.m	
ARREJADO CCM JURIS	1,00% a.m	
ET PARCELADO CCM JURIS	6,00% a.m	
ATUALIZACAO DE FATORIAL	5,57% a.m	
ET PARCELATURA	6,00% a.m	
	10,14% a.m	
ROTATIVO		Máx. Próx. Parcela
AD PAGAMENTO MINIMO	11,80% a.m	13,80% a.m
ADURS	11,80% a.m	13,80% a.m
ET ROTATIVO	12,07% a.m	14,06% a.m
ET NAO PAGAMENTO MINIMO	12,42% a.m	14,42% a.m
ET SADIRES	12,58% a.m	14,63% a.m

Linha de Crédito

LIMITAÇÃO DE CRÉDITO TOTAL	R\$	1.200,00
LIMITAÇÃO PARA SAQUE CASH	R\$	360,00
LIMITAÇÃO COMP PARCELADA	R\$	1.200,00
total de crédito parcelado a vencer	R\$	360,04
Limite do Crédito Utilizado	R\$	1.104,64

CAIXA**104-0****10498.18535 95000.138347 70171.001145 1 00000000000000**

RUA COMEGO JOSE FERNANDES MACHADO N 233 UR7 VARZEA - 50960230 - RECIFE - PE

Número Fatura: 1490038370170011-0

Número do Documento: CC028370174

Vencimento: 06/06/2019

Valor do Documento: 834,60

Valor Cobrado: 04382275428

Beneficiário: CARTÕES CADA - 003603050001-01

CPF/CNPJ Beneficiário: 003603050001-01

Endereço do Beneficiário: SBS Quadra 4, Lote 34, Apto 501, Brasília/DF, CEP 70302-600

Assinatura/Carimbo Beneficiário: 1813/248530-5

Assinatura/Carimbo Pagador: 0007201015

Assinatura/Carimbo Caixa: 0007201015

ARUANA SECUNDORA
24 SET 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 35

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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 043.922.759 / 26 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEONARDO SANTANA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.393.764 / 47

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima LEONARDO SANTANA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.393.764 / 47, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

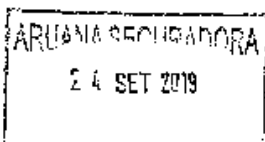
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. CONEGO JOSÉ FERNANDES Machado</u>	Número: <u>233</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>VARZEA</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>50.970-230</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 99259-0049</u>

Local e Data: Recife, 24 de Setembro de 2019

Andrea Maria Santana da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017

