Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/02/2020

Número: **0090162-43.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **30/12/2019**
Valor da causa: **R$ 1.687,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROZENILDO LEAO DE LIMA (AUTOR)	**PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57298058	03/02/2020 11:12	2689830_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 28ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00901624320198172001

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 **ROZENILDO LEAO DE LIMA** , em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **09/01/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **10/02/2017**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora apresenta possíveis boletins médicos ilegíveis, documentos estes incapazes de comprovar qualquer atendimento médico decorrente do sinistro alegado pelo autor.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo 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.

Cumpre salientar a ausência de nexo causal entre o suposto acidente e a invalidez alegada, conforme demonstrado abaixo.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

---

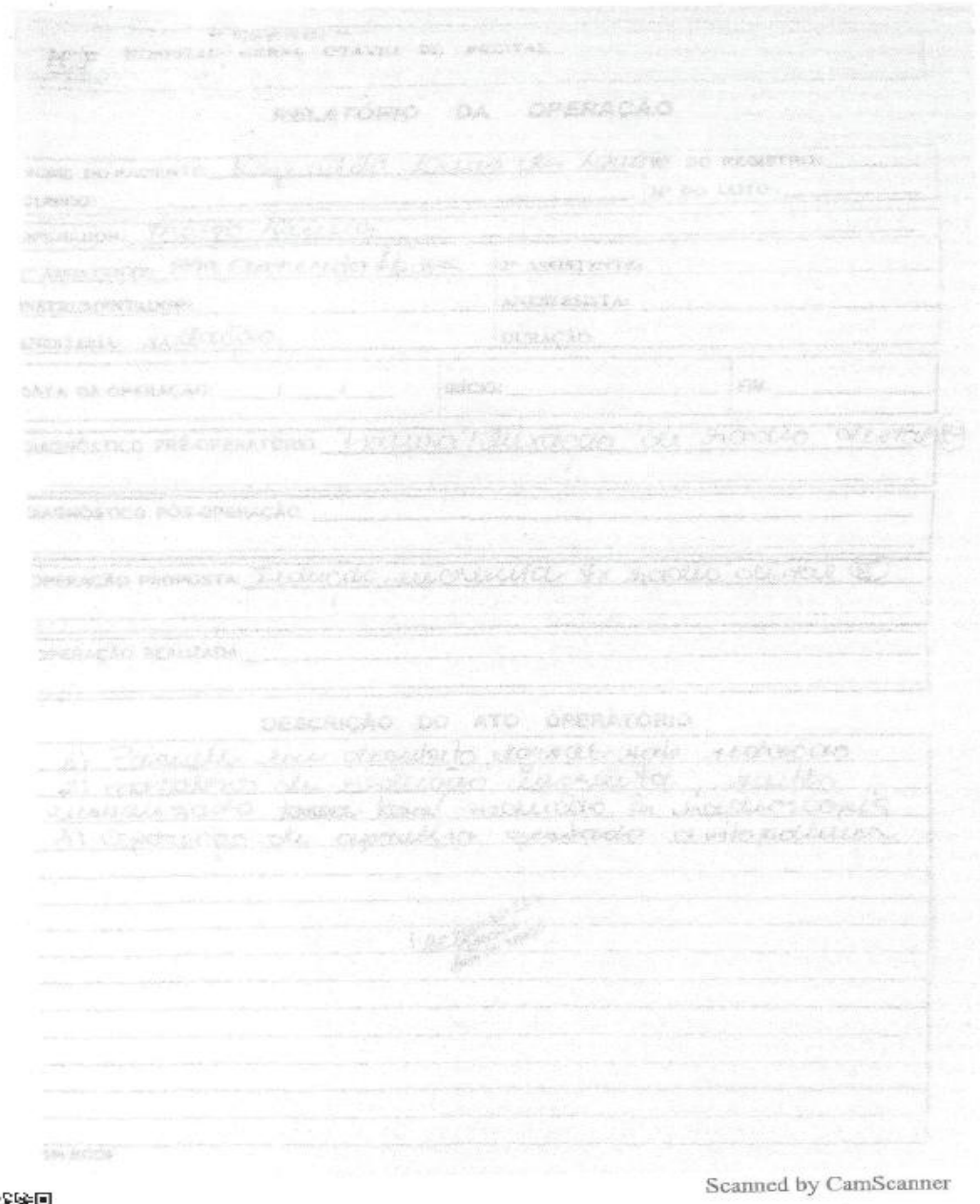
[1][1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

[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;

DA INÉPCIA DA INICIAL

DOCUMENTOS ILEGIVEIS

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica se a existência de documentos ilegíveis.


RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor juntou aos autos documentos exigíveis totalmente ilegíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal do acidente.

Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

> "Art. 319. A petição inicial indicará:
>
> I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;
>
> II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;
>
> III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;
>
> IV - o pedido, com as suas especificações;
>
> V - o valor da causa;
>
> VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;
>
> VII - o requerimento para a citação do réu."

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, ipsis literis:

> "Art. 330. A petição inicial será indeferida:
>
> I - quando for inepta;
>
> Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando
>
> I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;
>
> II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;
>
> III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;
>
> VI – contiver pedidos incompatíveis (...)."

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

> "Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:
>
> I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...);"

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO MÉRITO

DA FALTA DE ASSINATURA DO 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.

Isso se deve porque o referido documento não foi devidamente assinado pelo noticiante.

Chassi: **9C2KC1670FR508035**
Descrição: **MODELO CG 150**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE, NO DIA 9/1/2017, PILOTAVA A MOTOCICLETA (PDH_5053) PELA AV. NORTE (ROSARINHO, RECIFE-PE), OCASIÃO EM QUE COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DE UM AUTOMÓVEL. NA OCASIÃO, A VÍTIMA FRATUROU O PUNHO. O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE NOVA DESCOBERTA (RECIFE-PE); POSTERIORMENTE, FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

ROZENILDO LEÃO DE LIMA (VITIMA)

B.O. registrado por: **EWERTON DE OLIVEIRA CUNHA MAT. 272.883-4** - Matrícula: **272883-4**
MAT: 319.995-9

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

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

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

[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

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 inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme demonstrado acima, a parte autora acosta à exordial prováveis boletins médicos COMPLETAMENTE ILEGÍVEIS, bem como, apresenta boletim de ocorrência elaborado de forma declaratória pela parte autora, sem a presença de testemunhas e sem a assinatura da mesma.

EXA., PELAS RAZÕES EXPOSTAS, RESTA NÍTIDA A AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O SUPOSTO ACIDENTE E AS LESÕES ALEGADAS NO PLEITO AUTORAL.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo[5].

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.

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.

---

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)

[4x]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)

[5x]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)

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 PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170213118 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA **Data do acidente:** 09/01/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Luxação radio ulnar distal
Descrição do exame médico pericial: Apresenta limitação moderada de flexo extensão do punho esquerdo
Resultados terapêuticos: Realizou redução e imobilização no HOF
Realizou imobilização gessada e fisioterapia
Sem Complicações
Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do punho esquerdo.
Sequelas: Com sequela
Data da perícia: 13/06/2017
Conduta mantida:
Observações:
Médico examinador: Galdino Leonardo
CRM do médico: 17727
UF do CRM do médico: PE

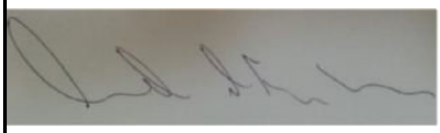
DANOS

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE
CRM do médico: 17742
UF do CRM do médico: PE
Assinatura do médico:



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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **09/01/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/06/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ROZENILDO LEAO DE LIMA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00049
CONTA: 000000194414-1

Nr. da Autenticação 18AA5B4B7C0C56D0

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[6].

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[7].

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)**.

---

[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 citação[8.]

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[9]

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

- 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."

[9] ***art. 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 covênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 31 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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 esfincteriano; (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					
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 **ROZENILDO LEAO DE LIMA** , em curso perante **a 28ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00901624320198172001.

Rio de Janeiro, 31 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/02/2020

Número: **0090162-43.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **30/12/2019**
Valor da causa: **R$ 1.687,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROZENILDO LEAO DE LIMA (AUTOR)	**PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57298059	03/02/2020 11:12	ANEXO 1	Outros (Documento)

Declaração do proprietário do veículo
0031

Declaração do Proprietario do Veiculo

Eu ANGÉLICA FERREIRA DE ARAÚJO LIMA,

RG nº 7011168, data de expedição 22/03/2016

Órgão SDS portador do CPF nº 072 236 524-48, com domicílio na cidade de RECIFE no Estado de PERNA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA OITENTA E QUATRO nº 61,

complemento _____ declaro sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima ROZENILDO LEÃO DE LIMA cujo o condutor era ROZENILDO LEÃO DE LIMA

Veiculo MOTOCICLETA
Modelo HONDA CG 150 START
Ano 2015
Placa PDH5053
Chassi 9C2KC1670FR508035
Data do Acidente 09/01/2017
Local e Data Paulista 30/01/2017

05 802 494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
07 ABR 2017
Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50 060-010
RECIFE PE

CARTÓRIO DA PRAIA DA CONCEIÇÃO PAULISTA
RECONHECO

Angélica Ferreira de Araújo Lima
Assinatura do Declarante

X _____

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

CARTORIO PRAIA DA CONCEIÇÃO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma inicada de
ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA
Que confere c/ o padrão neste servantia. Dou fé.
PAULISTA 30 de janeiro de 2017 10 43 h
Em testemunho da verdade
Denise Rejane de Souza (Em ex. (3º Substituta)
Emol R$ 3 40 FEDC R$ 0 39 FUNDE R$ 0 78 Total R$ 4 66
Valido somente com o selo 0037645 EXE00120 701 02816

Cartório Marcel de Praia da Conceição Direito Paulista

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

GOVERNO DE Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
NOVA DESCOBERTA

Data do Atendimento 09/01/2017 Hora 11 42 28 PRONTUARIO 141000

No Atendimento 974445 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador CARLALIMA

Setor / Serviço CONSULTORIO MEDICO

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA Sexo M

Data de Nascimento 17/08/1982 Idade 34 Anos 4 Meses e 23 Dias C 5858 r5

Pais ou responsaveis ELZANIRA LEAO DE LIMA

Endereço AVENIDA NORTE 22 CASA AMARELA/ 52280680

Cidade RECIFE Tel 81 32691551

Hora do Atendimento _____ / _____ Hs Peso _____ Kg Temperatura _____ °

QPD / HDA [illegible]

05 802 494/0001
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07 ABR 2017
Rua da Aurora Nº 175 SL 907 [illegible]
Boa Vista CEP 50 060-010
RECIFE PE

EXAME FISICO

DIAGNOSTICO (1) FRATURA [illegible]
(2) FRATURA [illegible]

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO [illegible]

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA [illegible]

*Destino do Paciente ( )Alta para casa ( )Encaminhamento ao Ambulatorio ( )Alta a Pedido ( )Alta após Obs _____

(X) Transferencia para outra Unidade ( )Obito ( )Outro _____

*Condição de Saude do Paciente (X) Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado

Medico - Carimbo e Assinatura

[illegible]

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa Acidente ( ) Causa Clínica ( ) Obstetrícia ( ) Psiquiatria ( ) SENHA ____

Em caso de acidente/violência: ( ) Público ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente [illegible] Idade 34

Sexo ( ) F ( ) Profissão ____ Fone ____

Endereço Residencial ____ Bairro ____

Cidade [illegible]

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta (X)

Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )

Automóvel: Condutor ( ) Passageiro ( ) Ciclista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S

Motocicleta: Condutor ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete S( ) N( )

Semi-afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )

Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador MOTO

Explosão/Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )

Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )

Quedas ( ) Altura Aproximada ____ metros ( ) Queda da Própria Altura

Agressões: Por Arma de Fogo Tipo ____ ( ) Arma Branca Tipo ____

Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Qual ____

Mecanismo do Trauma: Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual [illegible] E [illegible]

Hipótese Diagnóstica [illegible]

AVALIAÇÃO CLÍNICA

[illegible] HGT ____ Temperatura ____ FC ____ PA ____ x ____

[illegible] FR ____ Dispnéia S( ) N( ) Tiragem Intercostal S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas S( ) N( )

Sinais de Esforço Respiratório S( ) N( ) [illegible] S( ) N( ) Deformidade do Tórax S( ) N( ) Gemido Expiratório S( ) N( )

[illegible] S( )

Agitação Psicomotora S( ) N( ) Lesões de [illegible] S( ) N( ) Retração Xifoide S( ) N( )

Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )

Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Cheio ( )

Coloração da Pele: Normocorada ( ) Pálida ( ) Cianose ( )

Sudorese S( ) N( ) Desidratado S( ) N( ) [illegible] S( ) N( )

FR	FC
RN 35-50	RN 120-160
Lactente 30-50	Lactente 80-140
Crianças 20-30	Crianças 80-[illegible]
Adulto 12-20	Adulto 60-100

[illegible] 256

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primaria Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso [illegible]

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Abertura Ocular Espontânea	4	Orientado	5	Obedece ao comando	6
Abertura Ocular a Voz	3	Confuso	4	Localiza Estímulo Doloroso	5
Abertura Ocular a dor	2	Resposta inapropriada	3	Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Sem abertura ocular	1	Sons incompreensíveis	2	Decorticação	3
		Sem resposta verbal	1	Descerebração	2
				Sem resposta motora	1

TOTAL DE PONTOS ECG _____

Sinais de disfunção cerebral Déficit Motor ( ) Déficit sensitivo ( ) [illegible]
Dificuldade na fala ( )
Avaliação Pupilar Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) [illegible]

VÍTIMAS DE TRAUMA

Presença de sangramento externo S( ) N( )
Lesões Intra-Toracica S( ) N( ) Fratura Pelve S( ) N( )
Lesões Intra-abdominais S( ) N( ) Fratura em Coxa Longo Fechado [illegible]

USO DE ALCOOL E DROGAS

Usou alcool S( ) N( ) Informante Vítima ( ) Outros ( )
Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolento/Agressão [illegible]
Usou outras drogas S( ) N( ) Informante Vítima ( ) Outros
Lolo( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína ( ) Crack( ) Lança-perfume [illegible]

CONDUTA DE ENFERMAGEM

Imobilização da Coluna Cervical S( ) N( )
Imobilização Tala Gessada S( ) N( )
Antibioticoterapia S( ) N( ) Especificar _____
Oxigênioterapia Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )
Aspiração de Sangue e/ou secreções S( ) N( )
Entubação Orotraqueal S( ) N( )
Ventilação Mecânica Modalidade _____
FiO2 _____

Posição Decúbito Lateral S( ) N( )
Fixação S( ) N( ) Gesso S( ) N( )
Inclinação de Fowler S( ) N( ) Semi-Fowler _____
Volume de Fluido [illegible] _____
Outras Condutas _____
_____
Medicamentos _____
_____

NOTA DE ENFERMAGEM

Vítima [illegible]

DECISÃO DO ENFERMEIRO

Hospital para onde o encaminhado _____
Médico Regulador _____ [illegible]
Transferência com acompanhamento médico S( ) N( ) _____

Local e data

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:12:33
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311123295500000056359695
Número do documento: 20020311123295500000056359695

SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE **PABX 31828500**

RESUMO DE ALTA

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA		
Reg 1020368	Enf 09	Leito 02

DATA DE ENTRADA 09/01/2016 DATA DE SAIDA 16/01/2017

DIAGNOSTICO DE ENTRADA
LUXAÇÃO RADIOCARPICA

DIAGNOSTICO FINAL
O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA)
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO RADIOCARPICA EVOLUI SEM QUEIXAS E SEM INTERCORRENCIAS NA ENFERMARIA RECEBENDO ALTA EM BOM ESTADO GERAL RECEBE ALTA PARA ACMPANHAMENTO AMBULATORIAL RETORNAR EM 15 DIAS AO AMBULATORIO DE MAO

DEVERA COMPARECER AO AMBULATORIO DE MAO
PARA CONTROLE EM 15 DIAS

Dr Airton Caso Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 13979

MEDICO RESPONSAVEL CRM

****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE **PABX 31828500**

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA AMBULATORIO

NOME DO PACIENTE ROZENILDO LEAO DE LIMA

PRONTUARIO Nº 1020368 ALTA HOSPITALAR EM 16/01/2017

RETORNAR AO AMBULATORIO DE MAO EM 15 DIAS

MEDICO MAO

MOTIVO ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 16/01/2017

Dr Airton Caso Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 13979

CARIMBO

002 494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Av da Aurora Nº 175, SL 902 BL C
Praia Vista CEP 50 060-010
RECIFE PE

VISTO – CHEFIA DO AMBULATORIO

OBS:

A ESTE FORMULARIO SÓ SERA ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS

B TERA VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE

C SÓ AGENDAR PACIENTES QE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)

SES HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	REGISTRO Nº	DATA ___/___/___

DADOS CADASTRAIS

NOME

HOF HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS Prontuário 1020368
CNS 700209488541124
Nome **ROZENILDO LEAO DE LIMA**
Nasc 17/08/1982 Sexo MASCULINO
Mãe ELZANIRA LAEO DE LIMA
End RUA UNIAO DA VITORIA
Nº 67 Bairro ALTO JOSE DO PINHO
CEP 52210310 Telefone 558132691551

VACINAS

DOSE	ANTI-POLIOMIELITE	DPT	BCG	ANTI-SARAMPO	TT	OUTRAS
1ª						
2ª						
3ª						
R						

PROCEDIMENTOS

DATA	MOTIVO DA CONSULTA/EXAMES FÍSICOS/HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS/CONSULTAS

H.F HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

SES/PE SAM

HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS

INST NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado _____

portador da Carteira Profissional n º _____ Serie _____

necessita de _____ (_____) dias de afastamento do trabalho a partir desta data poe motivo de doença

c) Diagnostico _____

d) Tratamento _____

Devera retornar ao ambulatório de _____
Com _____ dias (marcação preferencial na fila, no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

LOCALIDADE/DATA

Dr Airton Gase Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 23979

Ass do Médico CRM N º

NOTA ESTE ATESTADO É VALIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART 86 DO RGPS APROVADO PELO DECRETO N º 60 501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
End Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE **PABX 31828500**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMACIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO CRM-PE DATA 16/01/2017	Dr Airton Cassé Neto Ortopedia e Traumatologia CRM PE 23979

PACIENTE ROZENILDO LEAO DE LIMA

ENDEREÇO

TRAMAL 100 MG ----------01 CAIXA
01 DE 8/8H SE DOR MUITO FORTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME _____ IDENTIDADE _____ ORG EMISSOR _____ END _____ _____ CIDADE _____ FONE _____ UF ____	_____ ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA __/__/____

SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
End Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE **PABX 31828500**

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA	Registro 1020368
Clinica ORTOPEDIA	Procedência

USO ORAL

2) DIPIRONA 1000MG ----------01 CAIXA
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR

Data 16/01/2017

Dr Airton Cassé Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 23979

Medico / CRM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

Visto pela 23/03/17

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE — Ficha Social anexo

Atendimento 604658 — Prontuário 1020368

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA
Data Nasc 17/08/1982 — Idade 34 — Sexo MASCULINO — Cor PARDA — Religião
CPF — RG 5658252 SSP/PE — CNS 700209488541124
Endereço RUA UNIAO DA VITORIA — Nº 67
Bairro ALTO JOSE DO PINHO — Cidade RECIFE — Estado PE
CEP 52210340 — Fone 558132691551 — Celular
Acompanhante — Profissão
Nome da Mãe ELZANIRA LAEO DE LIMA
Nome do Conjuge
Clínica ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO — Data 09/01/2017 15:51 — Medico MEDICO PLANTONISTA

Dr José [illegible] Souza
Traumatologia [illegible]
CRM 8509 SBOT 0090

Queixa Principal / HDA

[illegible]

Exame Físico — PA _____ FC _____ FR _____

[illegible]

Diag Provisório

[illegible]

Prescrição — Dieta _____

Data		Horário

REVISADO 17/01/17

SES / FUSAM
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

DE LEITO

CNS 700209488541124 Atendimento 604658
Paciente 1020368 ROZENILDO LEAO DE LIMA
Nasc 17/08/1982 Idade 34 Anos 4 Meses Sexo MASCULINO
Mãe ELZANIRA LAEO DE LIMA
End RUA UNIAO DA VITORIA 57 TO JOSE DO PINHO - RECIFE
Nº 3 Telefone 2691

NOME DO PA
PRONTUÁRIO
SETOR
OBSERVAÇÃO

Acompanhante
Nome da Mãe ELZANIRA LAEO DE LIMA
Nome do Conjuge
Clinica ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data 09/01/2017 15 64 Médico MEDICO(A) ANESTESISTA

Dr JOSE [illegible] Souza
Traumatologia [illegible]
CRM 8509 SBOT 10096

Queixa Principal / HDA

Exame Fisico PA ____ FC ____ FR ____

Diag Provisório

Prescrição Dieta ____

Data		Horario

REVISADO

PERNAMBUCO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Hospital Infantil Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa Acidente/Violencia ( ) Causa Clínica ( ) Obstetrico ( ) Psiquiatrico ( ) **SENHA** _____

Em caso de violencia/acidente Via Publica ( ) Domicilio ( ) Local de Trabalho ( )

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente Rogerildo Leão de Lima Idade 34

Sexo M F Profissão _____ Fone _____

Endereço Residencial _____ Bairro _____

Cidade Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Transito Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta (X)

Atropelamento Pedestre ( ) Ciclista ( )

Automovel (Colisão) Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Tras ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S( ) N( )

Motocicleta Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete S( ) N( )

Sem-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )

Intoxicação Exogena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador _____ MOTO

Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Eletrico ( )

Queimaduras 1° Grau ( ) 2° Grau ( ) 3° Grau ( )

Queda ( ) Altura Aproximada _____ Metros ( ) Queda de Propria 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 CLINICAS

Historia Clinica Atual Dor no punho E / broncoespasmo
Vômito frequente muito

Hipotese Diagnostica ① FRATURA RÁDIO ESQ.
② CONTUSÃO COSTAL

AVALIAÇÃO CLINICA

Glicemia Capilar (HGT) _____ Temperatura _____ F C _____ P A _____x_____

Vias Aereas FR_____ Dispneia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aereas S( ) N( )

Sibilos Expiratorios S( ) N( ) BAN* S( ) N( ) Deformidade do Tórax S( ) N( ) Gemido/ Estridor S( ) N( )

Disturbio Fala/Choro S( ) N( )

Agitação Psicomotora S( ) N( ) Lesões de face S( ) N( ) Retração Xifoide S( ) N( )

Perfusão Periferica Boa ( ) Lentificada( ) Bulhas Cardiacas Normofoneticas ( ) Hipofoneticas ( )

Pulso Ritmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )

Coloracão da Pele Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )

Sudorese S( ) N( ) Desidratado S( ) N( ) Ictérico S( ) N( )

FR RN 35-50	FC RN 120-160
< 1 ano 30-50	< 1 ano 90-140
Crianças 20-30	Criança 80-110
Adulto 12-30	Adulto 60-100

HOF - 5079756

/AVIO DE FREITAS

ssificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

o 58

Nome Paciente	ROZENILDO LEAO DE LIMA
Cod Paciente	1020368
Data de Nascimento	17/08/1982
Sexo	Masculino
Idade	34
Senha	EA0023
Convênio	2 SUS AMBULATORIO
Atendimento	604658

09/01/2017 15 58 - MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN 55110 - FUNÇÃO ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade	**AMARELO - URGENTE**
Cor	AMARELO
Queixa Principal	PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DA UPA NOVA DESCOBERTA SOFREU QUEDA DE MOTO APOS COLISAO MOTO COM CARRO ERA O CONDUTOR DA MOTO TRAUMA EM MSE QUEIXA DE DOR DOR EM COLUNA
Observação	
Fluxograma sintoma	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es)	DOR MODERADA?
Especialidade	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Alergia(s)	-
Sinais Vitais Lidos	- REGUA DE DOR 5

Acolhido(a) por MARLY MOTA DA SILVA SOUZA
Data 09/01/2017 15 58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL

HOF HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

ENTREVISTA SOCIAL

NOME Rozenildo Alcântara de Lima SETOR Lab transmissão
IDADE 34 TELEFONE 995703743 CEL Maria José - companheira
RESPONSAVEL
ENDEREÇO Conjunhado
PONTO DE REFERÊNCIA Bar do Mario
INFORMES

- Veio encaminhado da UPA de Nova Descoberta com a companheira
- Vítima acidente de moto - fratura de M.S.E (Lic)
- Reside com a companheira, trabalha com vínculo empregatício - previsão p/ o trabalho (Lic)
- Orientado quanto rotina do hospital, autorizo acompanhante

Em 09-7-17

043-HOF

ASSISTENTE SOCIAL/DATA

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS | Nº REGISTRO: 1020368

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Rosinaldo Leas de Lima

CLÍNICA: | ENF.: | LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
10/01/17		Rx-o Fratura-Luxação de punho
11:00		CC / Redução Cruenta de Urgência 2. Osteossíntese com placas 3. Pede Zero George A. C. de Alencar Ortopedia e Traumatologia CRM 12360 / TEOT 2720
10/01/17	12h	#Enfermaria Sul# Paciente evolui com EG Regular, consciente orientado, eupnéico, afebril, dieta VO zero, AVP-MSE, deambulando, tala em MSE c/ tipóia. Ocorre esporadas queixas pós procedimento cirúrgico Silva Carvalho Enfermeira COREN
10/01/17	22:50	Encaminho Paciente ao trauma S1 Através do Quadro Aguardando cirurgia Assistente Social Reabilitação
11/01/17		Terapia Ocupacional Paciente avaliado, orientado, independente nas AVD's. Refere que a trauma em MSE foi decorrente de acidente de moto (SIC). Encontra-se com MSE imobilizado com tala longa e hipsc. Paciente queixa-se de dor em MSE. Observo limitações na movimentações ativa dos dedos. Orientado quanto ao posicionamento adequado de MSE e início de movimentações ativa dos dedos para retorno funcional Silvana Cristina M. da Rocha Terapeuta Ocupacional CREFITO 4689 TO

HG-HGOF

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
12/01	17	Terapia Ocupacional: Paciente sem alterações do quadro. Conduta mantida. Silvana Cristina M da Rocha Terapeuta Ocupacional CREFITO 4689 TO
13/01	17	Terapia Ocupacional: Paciente sem alterações do quadro. Refere que foi submetido a redução incruenta em rádio distal D ontem e aguarda realização de Rx (SIC). Realizo orientação geral. Silvana Cristina M da Rocha Terapeuta Ocupacional CREFITO 4689 TO
16/01	17	Terapia Ocupacional Paciente sem alterações do quadro Conduta mantida. Silvana Cristina M da Rocha Terapeuta Ocupacional CREFITO 4689 TO

SES FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nome do Paciente	Registro	Enfermaria	Leito
[illegible]	1020368	73	01

PRESCRIÇÃO MÉDICA	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário	Data / Horário
	09/01/17	10/01/17	11/01	12/01	13/01	14/01	15/01/17
1 - [illegible]	16/15	ZERO					
2 - [illegible] 8/8h	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3 - [illegible]							
4 - [illegible]	[illegible]						
SGSI 100ml 7 IV	8/8h	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Atenção
SF 0,9% 250ml							

Dr José Sérgio S Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SBOT 10096

George A. C. de Alencar
Ortopedia
CRM PE 8500

Ricardo [illegible]

HGOF-030

** SES/PUSAM **
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE Rozenildo Souza de Lima | Nº DO REGISTRO
CLÍNICO | Nº DO LEITO

OPERADOR Thiago Lima

1º ASSISTENTE Mª Aparecida Lopes | 2º ASSISTENTE

INSTRUMENTADOR | ANESTESISTA

ANESTESIA redação | DURAÇÃO

DATA DA OPERAÇÃO ___/___/___ | INÍCIO | FIM

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura/luxação de rádio distal (E)

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO

OPERAÇÃO PROPOSTA Redução incruenta fx radio distal (E)

OPERAÇÃO REALIZADA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Paciente em decúbito dorsal sob redação
2) manobras de redução incruenta, sendo visualizado boa redução à radioscopia
3) Aposição de aparelho gessado antebraquiar

Mª Aparecida Lopes
Médica
CRM-PE 18808

104-HGOF

ENFERMAGEM

IA UNIDADE DE SRPA/UTI/SETOR

TE

n. 358/2009

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

CNS 700209488541124 **Atendimento** 604708
Paciente 1020368 **ROZENILDO LEAO DE LIMA**
Clinica CORREDOR SUL Leito COR 11-5
Nasc 17/08/1982 Idade 34 Anos 4 Mese Sexo MASCULINO
Mãe ELZANIRA LAEO DE LIMA
End RUA UNIAO DA VITORIA Nº 67
Bairro ALTO JOSE DO F Cidade REC'FE
Telefone 558132691551 Data At 09/01/2017 23 24

IDAÇÃO DO P

RA DE IDENTIF

ID DE ADMISSÃO NA SRPA

RG

ATENDIMENTO

ENFERMARIA SRPA

LEITO 05

MENTOS

☒ OXIMETRO DE PULSO ☐ ASPIRADOR ☒ PNI ☐ O2 ☒ MONITOR CARDÍACO ☐ CAPNÓGRAFO

ÇÕES O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós op

	CHEGADA	15 min	30 min	45 min	60 min	1h 30min	2h
	22:00	22:15	22:30	22:45	23:00	23:30	24:00
peratura	36ºC	36ºC	36ºC	36ºC	36ºC	36ºC	
	98	94	94	92	99	101	
piração	17	13	10	10	13	17	
	96%	99%	98%	98%	93%	98%	
mHg)	145x99	144x99	155x102	155x102	155x100	136x94	

LIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DO PACIENTE NA ADMISSÃO E ALTA

ıetros a serem avaliados		Admissão	Observação	Alta	Observações
rtamento	Calmo (C) Agitado (A)	C		C	
	Agressivo (AR) ou Apático (AP)				
	Via aerea pérvia (P) Entubado (ET)	P		P	
	Narcose (N) Seminarcose (SN) Acordado (A)				
a	Sons Murmurio Vesicular Normal	S		S	
ıtorio	Roncos (R) Sibilos (S)				
	Estertores (ES) Estridor (ED)				
	Esp Torácica Sincrônico (S) Assincronico (A)				
	Retração muscular				
eurológico	Nível de consciência Consciente (C)	C		C	
	Inconsciente (I) Orientado (O) Desorientado (D)	O		O	
	Pupila Isocóricas (PI)				
	Pupilas Mióticas (MI) ou Midriáticas (M)				
	Pupila Puntiforme (P)				
	Pupila Anisocóricas D>E (A) E>D (B)				
	Ritmo Sinusal				
a	Bradicardia (B) Taquicardia (T)		Valor		Valor
arcular	Arritmia				
	Perfusão periférica		Local Condição		Local Condição
	Náuseas presente (NP) Ausente (NA)	NA		NA	
a	Vomitos presente (NP)	NA		NA	
orio	Ausente (NA)				
	Abdome (P) Globoso (GL)				
	Flácido (FL) Distendido (D)	P		P	
	Doloroso (DL) Indolor (ID)				
	Diurese Ausente (A)	F		F	
a	Presente Espontâneo (E)				
	SVA ou SVD				
	Retenção (RU) Incontinência (IU)	H		H	
	Hidratado (H) Desidratado (DH)				
	Corado (C) Descorado (DC)	C		C	
	Ictérico (I) Friável (F)				
ntar	Edemaciado (E)				
	Dissecção venosa (DV) Punção subclavea (PC) Punção Jugular (PJ) Punção periferica (PF) Cateter peridural (CP)	PF		PF	
	Lesão cutânea sim (S) não (N)				
	Limpo				
Cirurgica	Parcialmente embebido de sangue				
vo)	Totalmente embebido de sangue				
	Drenos				

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS

HORA	ORAL	SNG/SNE	PARENTERAL	SORO	SORO	SORO	SANGUE		FEZES	DIURESE	DRENAGEM GÁSTRICA	DRENAGEM PLEURAL	VÔMITO		
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
SUB TOT															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
1															
2															
3															
4															
5															
6															
SUB TOT															
TOTAL															

TOTAL ENTRADA

TOTAL DE SAÍDA

BALANÇO HÍDRICO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIURNO

NOTURNO

Pact pela diga admitido na SRPA às 22:00 em ECG consciente, orientado, eupneico, [illegible] A.V.P. em MSD, P.O.I. Redução de fratura punho E, HAS⊖ DM⊖ alergias⊖, monitorizado, medicado conforme prescrição médica. Segue aos cuidados de enfermagem.

Nicolle Cristina - 604597

SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL ÓTAVIO DE FREITAS

FICHA DE ANESTESIA

1/01/2017	ATENDIMENTO	REGISTRO 1020368	ACOMODAÇÃO
LORENILDO LEÃO DE LIMA		SEXO M COR P IDADE 34 PESO I	
NOME DO ANESTESISTA CAROLINA BENEVIDES		NOME DO CIRURGIÃO THIAGO HESIDENTE	
PRÉ-ANESTÉSICA		URGÊNCIA ( ) NÃO (X) SIM	

redução de fratura punho Esq.

150 22.10

DROGAS USADAS	QUANTIDADE
Dormonid	1mg
Fentanil	50mcg
Propofol	150mg

TÉCNICA ANESTÉSICA

sedação venosa

AO
- [X] CARDIOSCÓPIO
- [X] OXIMETRO
- [ ] PVI
- [ ] SONDA VESICAL
- [ ] CAPNÓGRAFO
- [ ] ASIST. PRE CORDIAS
- [ ] OUTROS
- [ ] BIS
- [ ] TEMPERATURA
- [ ] SWAN-GANZ
- [ ] ANALISADOR GASES
- [ ] PVC
- [ ] ESTIMULADOR DE NERVO
- [ ] LINHA ARTERIAL
- [ ] VOLEMIA IBP PLUS

ENCAMINHADO
- [X] ACORDADO
- [ ] SONOLENTO
- [ ] INTUBADO

DESTINO
- [X] SRPA
- [ ] APART /ENFER.
- [ ] UTI
- [ ] EXTERNO
- [ ] NECROTÉRIO

INTERCORRÊNCIA [X] NÃO [ ] SIM

DESCREVER

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO ANESTESISTA Dra. Carolina Benevides Anestesiologia CRM - 17358

OF

HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS

NOTA DE SALA DE CIRURGIA/CENTRO CIRURGICO 2º ANDAR

DATA 12/1/16 Urgência (X) Eletiva ( ) Nº Sala Cirurgica (3)

Paciente Raimundo José de Lima Idade 34

Reg 1980368 Atend 604708 Circulante Mary

Cirurgião Araújo Auxiliar Anestesista (o) Hermelino

Enfermeir (a) Deyla Instrumentador(a) Anestesia Eduardo

Especialidade Uro( ), Uro PVL( ), Geral( ), Geral PVL( ), Trauma (X), CPRE( ), Toracica( ), Toracica PVL( )

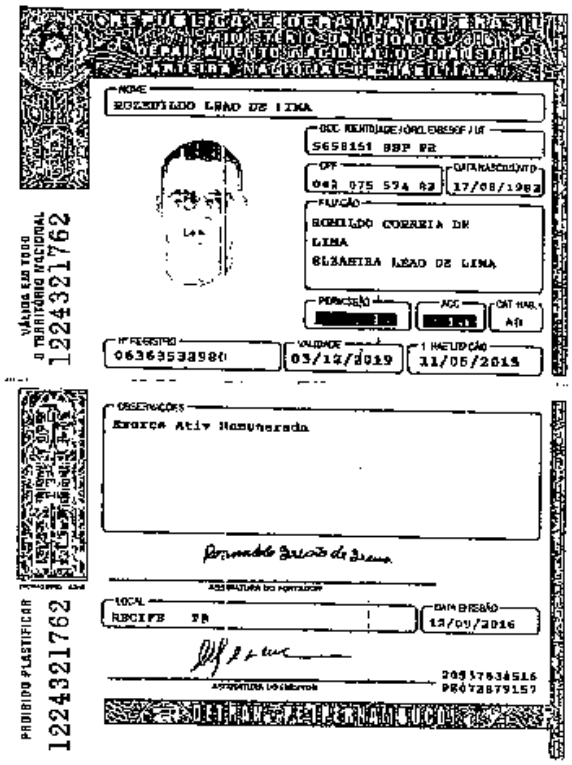
CIRURGIA Redução aberta do fêmur

QTD	MEDICAMENTOS	QTD	DESCARTÁVEIS	QTD	FIOS
	ADRENALINA AMPOLA		AGULHA 13X4,5 UNID		ALGODÃO SEM AGULHA Nº
	AGUA BIDESTILADA 10ml AMPOLA	8	AGULHA 25X07 UNID 1		ALGODÃO COM AGULHA Nº
	AGUA BIDESTILADA 500ml FA		AGULHA 40X12 UNID		CAT GUT CROMADO Nº
	AMINOFILINA AMPOLA		AGULHA P/ PERIDURAL Nº		CAT GUT SIMPLES Nº
	AMICACINA AMPOLA		AGULHA P/ RAQUI Nº		SEDA Nº
	ATRACURIO (TRACRIUM) AMPOLA		ALG ORTOPEDICO(grm)		MONONYLON Nº
	ATROPINA AMPOLA		ATADURA DE CREPE Nº CM		MONICRON Nº
	BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA	2	ATADURA GESSADA 15 CM		FITA CARDIÁCA
	CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA		BOLSA DE COLOSTOMIA		PROLENE Nº
	CLORETO DE POTÁSSIO 19 1% AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA ADULTO		VICRYL Nº
	DECADRON AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA PEDIÁTRICO		SOLUÇÕES
	DICLOFENACO DA SÓDIO AMPOLA		CATETER PERIDURAL		AGUA OXIGENADA (ML)
	DIPIRONA AMPOLA		CATETER NASAL		ALCOOL 70% (ML)
	DOPAMINA AMPOLA		CERA PARA OSSO		ALCOOL IODADO (ML)
	CEFAZOLINA (KEFAZOL) 1g FA		COLETOR SISTEMA ABERTO		CLOREXIDINA 2% (ML)
	CEFALOTINA (KEFLIN) 1g FA		COLETOR SISTEMA FECHADO		DETERGENTE ENZIMÁTICO
	CLORIDATRO DE ETILEFRINA (EFONTIL) AMPOLA		COMPRESSA CIRÚRGICA C/ 5 UNID		ÉTER (ML)
	FENERGAN AMPOLA		DRENO LÂMINAR Nº		PVPI DEGERMANTE (ML)
	FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA		DRENO PENROSE Nº		PVPI TÓPICO (ML)
	GLICOSE 50% AMPOLA		DRENO DE SUCÇÃO Nº		TINTURA BENJOIN (ML)
	GLUCONATO DE CALCIO AMPOLA		DRENO TORÁCICO Nº		MASCARAS
	HIDROCORTISONA 500mg	5	ELETRODOS		CAPOTE
	HIOCINA AMPOLA		EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS		BASICO VIDEO
	HYPAQUE AMPOLA		ESPARADRAPO ANT CM		BASICO AZUL
	ISOFLURANE (ML)		ESPARADRAPO IMPERM CM		BASICO TORÁCICO
	LIQUEMINE (HEPARINA) FA		GASES PACOTES		BASICO HEMORROIDECTOMIA
	MANITOL (33%) / (20%)		JELCO Nº		BASICO DE FISTULA
	METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA	1	LÂMINA BISTURÍ Nº 23		BASICO DELICADO
	METOCLOPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA		LIGA CLIP Nº 300		BASICO PROSTATA
	NEOCAÍNA 0 5% C/A AMPOLA		LIGA CLIP Nº 400		LAP
	NEOCAÍNA 0 5% S/A AMPOLA		LUVA CIRURGICA 7 0		KIT URO / RTU
	NEOCAÍNA 5% PESADA AMPOLA		LUVA CIRURGICA 7 5		VIAS BILIARES
	NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA		LUVA CIRURGICA 8,0		OUTROS
	NOREPINEFRINA (NORA) AMPOLA	30	LUVA DE PROCEDIMENTO		
	PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA	2	MÁSCARA		
	RANITIDINA (ANTAK) AMPOLA		SONDA ENDOTRAQUEAL C/B Nº		
	SORO FISIOLÓGICO 0 9% 1000ml		SONDA ENDOTRAQUEAL S/B Nº		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml	2	SERINGA 1 cc		
	SORO FISIOLÓGICO 0 9% 250ml		SERINGA 5 cc		
	SORO FISIOLÓGICO 0 9% 100ml		SERINGA 10 cc		
	SORO GLICOSADO 10% 500ml		SERINGA 20 cc		
	SORO GLICOSADO 5% 500ml		SERINGA 60 cc		
	SORO RINGER LACTATO 500ml		SONDA ASP TRAQUEAL Nº		
	TENOXICAN (TILATIL) 40mg FA		SONDA FOLEY Nº		
	XYLOCAINA GELEIA		SONDA NASOGÁSTRICA Nº		
	XYLOCAINA SPRAY		SONDA URETRAL Nº		
	CONTROLADOS		SONDA RETAL Nº		
	ALFENTANILA (RAPIFEN) AMPOLA		SURGICEL UNID		
	CLORIDRATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA		TELA PROLENE CM		
	DIPRIVAM (PROPOFOL) AMPOLA	1	TOUCA		
	FENTANIL FA		TORNEIRINHA 3 VIAS		HORÁRIO
	FLUNAZENIL (LANEXAT) AMPOLA		TRAQUEOSTOMO		ANESTESIA
	MIDAZOLAN (DORMONID) 15mg AMPOLA		EQUIPAMENTOS		INICIO 21:45
	MIDAZOLAN (DORMONID) 50mg AMPOLA		ARTROSCOPIO ( )		TÉRMINO 22:10
	MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA		ARCO CIRÚRGICO( ) OXÍMETRO(X)		CIRURGIA
	MORFINA (DIMORF) 1mg AMPOLA		BISTURI ELÉTRICO( ) VÍDEO ( )		INICIO
	MORFINA (DIMORF) 0 2mg AMPOLA		CAPNÓGRAFO( ) MONITOR CARDÍACO(X)		TÉRMINO 22:50
	VALIUM (DIAZEPAM) 10 ml AMPOLA				

NOME DA FIRMA

CAIXA 3 5	PARAFUSO	
CAIXA 4 5	PARAFUSO	
CAIXA TUBO A TUBO	PARAFUSO	
FIXADOR EXTERNO	PLACA	

335 ACF



NOME
ROMILDO LEAO DE LIMA

DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF
5658151 SSP PE

CPF
062 075 574 42

DATA NASCIMENTO
17/08/1982

FILIAÇÃO
ROMILDO CORREIA DE LIMA
ELZANIRA LEAO DE LIMA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT HAB.
AB

Nº REGISTRO
06363533980

VALIDADE
03/12/2019

1ª HABILITAÇÃO
11/05/2015

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE PE

DATA EMISSÃO
12/09/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

2051783451 6
PE072879157

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1224321762

PROIBIDO PLASTIFICAR
1224321762

Documento de Identidade
0012

05 802 494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50 060-010
RECIFE - PE

Documentos de Identificação

TERRITÓRIO NACIONAL

5.631.732 28/05/

<< ALCIONO GOMES DA SILVA >>

<< ANOBIO BATISTA DA SILVA >>

<< VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

PERNAMBUCO - PE

DATA DE NASCIMENTO 18/10/1

<< 074526 01 1 00052 217

OLINDA 90 72 OLINDA PE

[illegible] 65.664-59

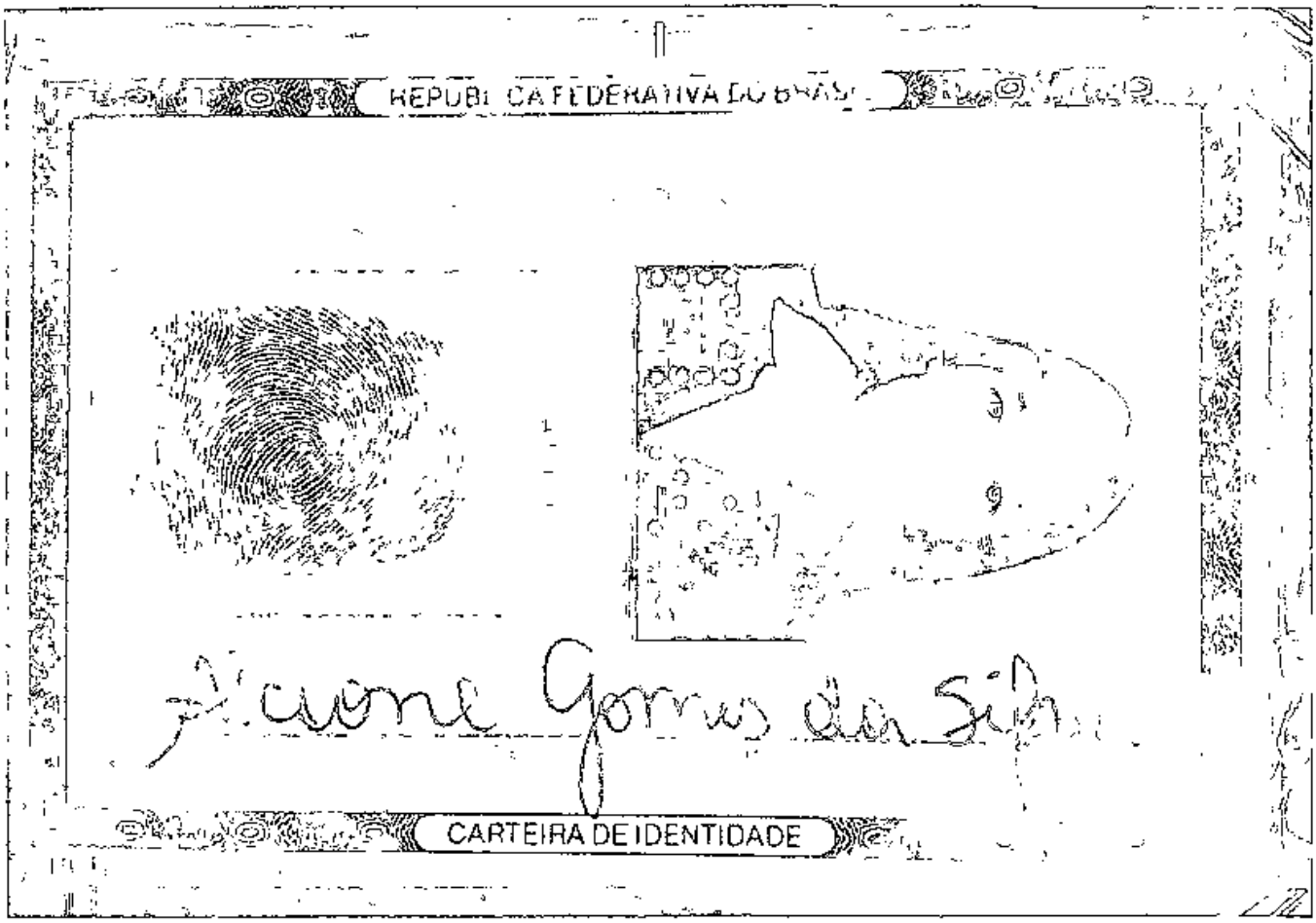
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7 116 DE 29/08/83

05 802 494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50 060-010



05 802 494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50 060-010
PER , - OF

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN PE — Nº 01223871803 8

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1041580026	**********	2016

NOME: ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA

PAULISTA-PE

CHASSI: 073 236 524-48 — PLACA: PDH5053

PLACA ANT/UF: ********** — CHASSI: 9C2KC1670FR508035

ESPÉCIE TIPO: PAS MOTOCICLETA — COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 START — ANO FAB: 2015 — ANO MOD: 2015

CAP/POT/CIL: 2P/149CC — CATEGORIA: PARTIC — COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA — COTA ÚNICA: IPVA 2016 QUITADO — VENC COTA ÚNICA: ********** — VENC/COTAS: 1ª ********** 2ª ********** 3ª **********

FAIXA IPVA — PARCELAMENTO/COTAS: **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) — IOF (R$) — PRÊMIO TOTAL (R$) — DATA DE PAGAMENTO: SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LOCAL: PAULISTA-PE — DATA: 11/06/16

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

PE Nº 01223871803 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAULISTA-PE — EXERCÍCIO: 2016 — DATA EMISSÃO: 11/06/16

VIA: 1 — CPF/CNPJ: 073 236 524-48 — PLACA: PDH5053

RENAVAM: 1041580026 — MARCA/MODELO: HONDA/CG150 START

ANO FAB: 2015 — DIT TABE: 09 — Nº CHASSI: 9C2KC1670FR508035

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$) — FR NATRAN (R$) — CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$) — IOF (R$) — TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)

PAGAMENTO: COTA ÚNICA — PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001 04
www.seguradoralider.com.br

OUT-2015

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
NÃO É UM COMPROVANTE

05 802 494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07 ABR 2017
Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50 060-010
OFFICE 01

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170213118 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA **Data do acidente:** 09/01/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NAO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS EXISTENTES

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ROZENILDO LEÃO DE LIMA,
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, **profissão** ,
portador(a) do RG nº 5.658.151, **órgão expedidor** SSP/PE, **inscrito (a) no CPF sob o nº.** 042 075 574-82, **residente na** RUA UNIÃO DA VITÓRIA Nº 67,
cidade: RECIFE, **Estado** PE, **CEP** 52 210-340,
telefone (081) 9 8488-7131 / 9 9895-9388 / ,
email ____

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, assistente jurídica, inscrita no CPF sob o nº 028 466 664-58, RG Sob o nº S 633938. , com endereço profissional na Av Gov. Carlos de Lima Cavalcante, nº 3995, sala nº 35, Galeria Luzo Center, Casa Caiada, Olinda/PE. CEP- 53.040-000.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e a SUSEP

OBS.: e de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

09.[illegible]4/0001-[illegible]
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 Sl 902 BL C
Boa Vista CEP 50.060-010

Recife, 29 **de** MARÇO **de 20**17

CARTÓRIO DE CASA AMARELA

Rozenildo Leão de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartorio do Registro Civil da 13 Zona Judiciaria da Capital
Reconheco por semelhança a firma de ROZENILDO LEAO DE LINA
Em conforme c/ o padrão reg nesta serventia Boa fé
Recife 29/03/2017 Em testº da verdade
Total R$ 4,66 Rodrigo Gonçalves dos Santos
(Substituto)
Válido somente com o selo 0073890 CFA03201701 09553

13º Ofício Casa Amarela Recife

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170213118 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA **Data do acidente:** 09/01/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Luxação radio ulnar distal

Descrição do exame médico pericial: Apresenta limitação moderada de flexo extensão do punho esquerdo

Resultados terapêuticos: Realizou redução e imobilização no HOF
Realizou imobilização gessada e fisioterapia
Sem Complicações

Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do punho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/06/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Galdino Leonardo

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta n°: 10866995

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170213118 ASL-0139567/17**
Vitima:	**ROZENILDO LEAO DE LIMA**
Data Acidente:	**09/01/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ALCIONE GOMES DA SILVA**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01159/01160 - carta_01

00020580

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta n°: 10867619

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170213118 ASL-0139567/17**
Vitima:	**ROZENILDO LEAO DE LIMA**
Data Acidente:	**09/01/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ALCIONE GOMES DA SILVA**

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Pag. 00795/00796 - carta_03

00070398

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta n°: 11106653

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sinistro:	**3170213118 ASL-0139567/17**
Vítima:	**ROZENILDO LEAO DE LIMA**
Data Acidente:	**09/01/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ALCIONE GOMES DA SILVA**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00559/00560 - carta_02

00070280

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta n°: 11194463

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sinistro:	**3170213118 ASL-0139567/17**
Vitima:	**ROZENILDO LEAO DE LIMA**
Data Acidente:	**09/01/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ALCIONE GOMES DA SILVA**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ROZENILDO LEAO DE LIMA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000049**
Conta: **00000194414-1**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01215/01216 - carta_15R
00020608

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA S

Autorização de pagamento *0014*

Este formulario deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiario** da indenização do Seguro DPVAT nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar atraso no recebimento da indenização no banco

EU Rozenildo Leão de Lima

PORTADOR(A) DO RG Nº 5.858.151 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 12/05/2016 E

CPF 019.207.574-82 /CNPJ ___ PROFISSÃO Pizzaiolo

E RENDA MENSAL DE R$ 1.000 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIARIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA Rozenildo Leão de Lima, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

( ) A Circular Susep nº 445/2012 que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador determina que todas as seguradoras são obrigadas a construir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização Este cadastro deve conter alem dos documentos de identificação pessoal informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal

Para evitar reprogramação de um pagamento lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma ser apresentados

- Conta salario e/ou beneficio – nos documentos aparecerem termos tais como INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL Salario ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como CNPJ ou ME ME (micro empresa) ou LTDA
- Conta conjunta quando o beneficiario/vitima nao for titular
- Conta tipo FÁCIL atenção para o limite de movimentação financeira mensal
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Economica Federal)
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de ate R$ 2 000 00
- Conta bloqueada inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatorio dos dados bancarios)
- CPF do beneficiario/vitima invalido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br) bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que nao e o mesmo da conta informada para deposito
- **Contas nao pertencentes a vitima/beneficiarios**

CORRETORA 33.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 07 ABR 2017 Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL. C Boa Vista CEP 50.060-010 RECIFE

IMPORTANTE Tambem **nao devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancarios com imagem digitalizada/scanner colando escritos a mao por meio de extratos bancarios informando a movimentação financeira da conta ou copia do verso do cartao multiplo com informação de codigo de segurança

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com digito se existir) _____ Nº da CONTA (com digito se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO ITAU BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com digito se existir) _____ N da CONTA (com digito se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO

RECIFE 10 de JANEIRO de 2017 Rozenildo Leão de Lima

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13 500 00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legitimo/s beneficiario/s obedecendo a legislação vigente na data do acidente) indenização de **até R$13 500 00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11 945/2009) e reembolso de **ate R$ 2 700 00 em caso de despesas medico-hospitalares**

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização acesse www dpvatsegurodotransito com br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204

05 802 494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL. C
Boa Vista CEP 50 060-010
RECIFE PE

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇ

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ROZENILDO LEÃO DE LIMA

PORTADOR(A) DO RG Nº 6658151 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 11/05/2015 E

CPF 042075574-82 /CNPJ _____ PROFISSÃO Pizzaiolo

E RENDA MENSAL DE R$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROZENILDO LEÃO DE LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal, ***informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.***

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembra-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0049 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00094414-1
Op. 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O REGISTRO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHECO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife/PE de maio de 2017

LOCAL E DATA

05.802.494/0001-44
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
23 MAIO 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente do acidente), indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradoras Líderes
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139567/17
Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA
CPF: 042.075.574-82

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/01/2017
Titular do CPF: ROZENILDO LEAO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROZENILDO LEAO DE LIMA : 042.075.574-82
Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 22/05/2017
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA
CPF : 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/05/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Rozenildo Leao de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua União da Vitória, 67
Alto José do Pinho Recife PE CEP: 52210-340
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 5658151
Data local do exame: [13/06/2017] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

LUXAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL
APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

REALIZOU REDUÇÃO E IMOBILIZAÇÃO NO HOF
Data da alta: FEVEREIRO 2017
REALIZOU IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA
Complicações: NÃO HOUVE

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO MODERADA E FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

SaúdeSEG
Dr. Galdino Leonardo
CREMEPE 17727 - TEOT 13221

05 802 494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07 ABR 2017
Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50 060-010
RECIFE PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLICIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEICULOS - DPRFV

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0315000052

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/03/2017** as **19 05**

Complementa o BO Numero **17E0315000032**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/1/2017** as **11 42**

Fato ocorrido no endereço **AVENIDA NORTE, 1** - Bairro **ROSARINHO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrencia

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA (OUTRO)
ROZENILDO LEAO DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrencia

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) ROZENILDO LEÃO DE LIMA
VEICULO (Usado na geração da ocorrencia) , que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO

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

ROZENILDO LEÃO DE LIMA (presente ao plantão) Sexo **Masculino** Mãe **ELZANIRA LEÃO DE LIMA** Pai **ROMILDO CORREIA DE LIMA** Data de Nascimento **17/8/1982** Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial **BAIRRO DE CASA AMARELA (BAIRRO), 67, RUA UNIÃO DA VITÓRIA, CASA AMARELA, CASA C CEP 55000 000 - Bairro CASA AMARELA RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) Sexo **Desconhecido** Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA (não presente ao plantão) - Sexo **Feminino** Mãe **1** Pai **2** Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO 1 (PDH 5053) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA** que estava em posse do(a) Sr(a) **ROZENILDO LEÃO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo **AUTOMOVEL/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**
Cor **PRETA** Quantidade **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa **PDH6053** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi **9C2KC1670FR508035**
Descrição **MODELO CG 150**

21/03/2017 19 02

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo **NÃO INFORMADO/NAO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**
Quantidade **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE, NO DIA 09/01/2017, PILOTAVA A MOTOCICLETA (PDH 5053) PERTENCENTE A ANGELICA PEREIRA DE ARAUJO LIMA., PELA AV NORTE (ROSARINHO RECIFE PE), OCASIÃO EM QUE COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DE UM AUTOMOVEL NA OCASIÃO, A VITIMA FRATUROU O PUNHO O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE NOVA DESCOBERTA (RECIFE PE), POSTERIORMENTE, FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO

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

ROZENILDO LEÃO DE LIMA
(VITIMA)

B O registrado por **OZINALDO SEVERINO DA SILVA** - Matricula **209234-4**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO
SDS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139567/17
Vítima ROZENILDO LEAO DE LIMA — Data do Acidente 09/01/2017
CPF 042 075 574-82 — CPF de Proprio — Titular do CPF ROZENILDO LEAO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrencia
Comprovação de ato declaratorio
Declaração de Inexistencia de IML
Declaração do Proprietario do Veiculo
Documentação medico hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALCIONE GOMES DA SILVA 028 466 664-58
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração
ROZENILDO LEAO DE LIMA 042 075 574-82
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização e de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa Para acompanhar o processo de analise do pedido de indenização, acesse www dpvatseguro com br ou ligue 0800-0221204

- A indenização por invalidez permanente e de ate 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

Documentação recebida sem conferência

Portador da documentação entregue	**Responsavel pelo recebimento na seguradora**
Data 07/04/2017	Data 07/04/2017
Nome ALCIONE GOMES DA SILVA	Nome Jose Soares da Silva Filho
CPF/CNPJ 028 466 664 58	CPF 194 764 344 49
ALCIONE GOMES DA SILVA	Jose Soares da Silva Filho

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu ROSENILDO LEITE DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 5 658 151 e inscrito no CPF/MF sob o nº 042 073 974-82 residente e domiciliado na RUA UNIÃO DA VITÓRIA Nº 67 CASA - "C" Cidade RECIFE Estado PERNAMBUCO, declaro sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Medico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6 194/74) uma vez que

( ) Não ha estabelecimento do IML no municipio da minha residencia, ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Municipio em que resido não realiza pericias para fins de prova do Seguro DPVAT ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Municipio em que resido realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido,

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veiculo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a analise da minha documentação em a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal IML concordando desde ja em me submeter a pericia medica as custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existencia e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art 3º da Lei nº 6 194/74

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa pericia não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renuncia ao direito de impugnar, caso discorde do seu conteudo

05 302 497/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50 060-010
RECIFE PE

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RECIFE, 10 DE FEVEREIRO DE 2017

Local e data

UserName SDS

Governo de Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
NOVA DESCOBERTA

Data do Atendimento 09/01/2017 Hora 11 42 28 PRONTUARIO 141000

No Atendimento 974445 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador CARLALIMA

Setor / Serviço CONSULTORIO MEDICO

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA Sexo M

Data de Nascimento 17/08/1982 Idade 34 Anos 4 Meses e 23 Dias CI 5658151

Pais ou responsaveis ELZANIRA LEAO DE LIMA

Endereço AVENIDA NORTE 22 CASA AMARELA/ 52280680

Cidade RECIFE Tel 81 32691551

Hora do Atendimento _____ / _____ Hs Peso _____ Kg Temperatura _____ °

QPD / HDA Dor e no [illegible] - [illegible] sofrido ao andar [illegible] no [illegible]

05.802 494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07 ABR 2017
Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50 060-010
RECIFE PE

EXAME FISICO

DIAGNOSTICO (1) Fratura [illegible]
(2) Fratura [illegible]

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO Ir [illegible] Fraturas
[illegible] D-1/N
TMA UVA

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA Transferido HCT -
SOPAS

*Destino do Paciente ( )Alta para casa ( )Encaminhamento ao Ambulatorio ( )Alta a Pedido ( )Alta estando Dias_____
(X)Transferencia para outra Unidade ( )Obito ( )Outro

*Condição de Saude do Paciente (X)Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado

CRM 33[illegible]

Medico - Carimbo e Assinatura

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Posto de Coleta Santa Lucia

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente ( ) Doença ( ) Causa Clínica ( ) Obstetrícia ( ) Pediátrico SENHA _____

Em caso de Acidente ou Violência informe: Tipo de ( ) Doméstico ( ) Local de Trabalho ( )

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente _____ Idade 34

Sexo: F Profissão _____ Fone _____

Endereço Residencial _____ Bairro _____

Cidade _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta X

Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )

Automóvel: Condutor ( ) Passageiro ( ) Cinto: Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S( ) N( )

Motocicleta: Condutor ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )

Soterramento: Soterramento ( ) Afogamento ( ) Submersão ( )

Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: MOTO

Explosão ( ) Fogo Fumaça Choque Elétrico

Queimaduras: Grau 1 ( ) Grau 2 ( ) Grau 3 ( )

Quedas: Altura ( ) Queda Própria Altura ( )

Agressões: Por Arma de Fogo ( ) _____) Arma Branca/Tipo _____

Agressão Sexual: Vítima de ( ) Outros ( ) Qual _____

Acidente de Trânsito: Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento ( )

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glasgow: Cabeça ( ) GCS _____ Temperatura _____ FC _____ PA _____ X _____

Pupilas Reflexas: PR _____ Dilatação S( ) N( ) Retração Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas S( ) N( )

Sinais Extravasamento: S( ) N( ) Deformidade do Tórax S( ) N( ) Gemido/ Estridor S( ) N( )

Deformidade Face Crânio S( )

Agitação Psicomotora S( ) N( ) Lesões de Face S( ) N( ) Retração Xifoide S( ) N( )

Pele: Palidez Perfusão Boa Lesões Cianose Normotérmicas Hipotérmicas ( )

Pulso: Rítmico Arrítmico ( ) Taquicardia ( ) Bradicardia ( )

Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )

Sudorese: S( ) N( ) Desidratado S( ) N( ) Choque S( ) N( )

FR RN 35-60	FC RN 120-160
< 1 ano 30-50	< 1 ano 90-140
Crianças 20-30	Criança 80-120
Adulto 12-30	Adulto 60-100

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROZENILDO LEAO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000194414-1

Nr. da Autenticação 18AA5B4B7C0C56D0

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROZENILTO LEÃO DE LIMA,

RG nº 5 658 151, data de expedição 12/05/2016 Orgão SSP/PE,

CPF nº 042.075.574-82, 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 comprobatorio em nome de terceiro

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA UNIÃO DA VITORIA
Numero	67
Apto / Complemento	CASA "B"
Bairro	CASA AMARELA
Cidade	RECIFE
Estado	PERNAMBUCO
CEP	52 210 - 340
Telefone de Contato	(081) 9. 8488 - 7131 / 9 8895 - 5388
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data RECIFE, 20 DE FEVEREIRO DE 2017

Assinatura do Declarante Rozenilto Leão de Lima

US 802 494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50 060-010
RECIFE PE

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
DESCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83

celpe
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | FRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5989
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
VIVIANE BARBOSA DE LIMA
CPF 913.054.604-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA UNIÃO DA VITORIA 67 CS- C

CASA AMARELA RECIFE
52210-340 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 456/2000), tarifas, prazos, 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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
14/01/2015	29/12/2014	007017271380
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/01/2015	Nº DO CLIENTE 29120344-02
11,06	NÚMERO DA NOTA FISCAL 003583610	Nº DA INSTALAÇÃO 0005943867

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofasico

RESERVADO AO FISCO
E698.83BA.0C7C.E4F6.1008.857E.A743.20E9

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,36856073	11,06

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo(kWh) 0,[illegible]

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
DEZ	14	[illegible]	30
NOV	14		
OUT	14		

05 802 494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
[illegible] CEP 50[illegible]

Cadastro do Assinante

ALCIONE GOMES DA SILVA
RUA MANOEL BERNARDES 116 BL C AP 03 MADALENA 50710-030 RECIFE PE
8999 9593 8181
Outubro 2016
0373010432-0 Pasta Aéreal Pernambuco

15/10/2016
119,12

Histórico de consumo

VALOR (R$)
PRG TABORA TELEFONICA
Plano de Utilidade Se Vivo Mo 4MB
Info net

Telefone

Total 117,68

Ligações

Total 1,44

TOTAL GERAL A PAGAR 119,12

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Telefonia fixa e internet 103 15
Para TV por assinatura 106 15
Pessoas com necessidades especiais de fala/audição 142
Para saber qual a loja mais perto de voce ligue 102 ou acesse www.vivo.com.br

Mensagem para você

05 802 494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07 ABR 2017
Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50.060-010
RECIFE PE

Nome do Cliente
ALCIONE GOMES DA SILVA

Se Caixa favor não receber pagamento após a

Código do cliente	Código para Cadastramento de Débito Automático	Número da Fatura	Data de Vencimento	Valor a Pagar (R$)
8999 9593 8181	899995938181-3	0373010432-0	15/10/2016	119,12

84670000001 7 19120092089 5 89959381810 0 37301043299 6

vivo

DECLARAÇÃO

Declaração Circular SUSEP 445/12

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção a Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações Este cadastro deve conter, alem 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passivel de comunicação ao COAF[2]

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsavel 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 ilicitas previstas na Lei nº 9 613/98

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA, **portador(a) do RG nº** 5.677 738, **expedido por** SSP/AL, **em** 28/06/2011, **CPF/CNPJ nº** 028 465 664-58, **na qualidade de procurador(a)/intermediario(a) do beneficiário (a)** ROSENILDO LEÃO DE LIMA **do sinistro de DPVAT da natureza** INVALIDEZ **da vitima** ROSENILDO LEÃO DE LIMA, **e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12,declaro as informações solicitadas**
Profissão assist. jurídico **Renda Mensal R$** recusa-me

Documentos comprobatórios recusa me

Alcione Gomes da Silva

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05 802 494/0001-4 -
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL. C
Boa Vista CEP 50 060-010
RECIFE PE