



05/02/2020

Número: **0000910-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57439662	05/02/2020 10:47	2690275_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00009109220208172001

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."

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PAULO FERNANDO CRESPO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **30/08/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 28/11/2018.

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 não apresenta boletim de primeiro atendimento e apresenta boletim médico datado em 29/08/2018, um dia antes do suposto acidente.

Ademais, cumpre acrescentar que o boletim de ocorrência foi elaborado somente após 03 meses, de forma unilateral e sem a presença de testemunhas.

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



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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 28/11/2018 após 03 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

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;



Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 30/08/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

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

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

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



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

Alega a parte autora na exordial e no boletim de ocorrência que o sinistro ocorreu no dia 30/08/2018, todavia, conforme demonstrado abaixo, além da parte autora deixar de apresentar boletim de primeiro atendimento médico, deixando, assim, de comprovar o nexo causal entre o suposto sinistro e as lesões alegadas, também apresenta boletim médico com data anterior a data do suposto acidente:



**Hospital Infantil
Maria Lucinda**
Fundação Manoel de Silva Almeida

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICO



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

DATA: 29/08/18

HORA: 22:50

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Paulo Renato Cruzes de Aguiar Neto
 IDADE: 28 REG: 123456 SETOR: materna LEITO: 101

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: Gravidade da dor

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias () Quais? Não Tabagismo () Etílico () Cardiopatia () Diabetes ()
 HAS () Câncer () Doença Pulmonar () Depressão () Outros: Não

EXAME FÍSICO

1. Estado Geral:
 Bom () Regular (x) Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:
 Nível de Consciência: Consciente Inconsciente () Orientado (x) Desorientado () Torporoso () Agitado () Sedado ()
 Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotorreagente ()

3. Condição de locomoção:
 Deambula (x) Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta
 VO (x) Aceita bem (x) Não Aceita () Zero () SNG () SNE () GTT ()

5. Dieta
 Integra () Não integra (x) Normocorada (x) Hipocorada () Ictérica () Anictérica (x) Cianótica () Acianótica (x) Sudorífica ()
 Lesões (x) Local: Local Edemas () Local: Acesso venoso

6. Condições de Higiene.
 Satisfatória (x) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:
 () Eupnéico (x) Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () BAN () Tiragem () Ret. Fúrcula Ventral ()
 () Cateter Nasal 1/m TQT () VNI () AVM () Modo Vent. FIO2 PIP PEEP

8. Sistema Digestório:
 Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido (x) Distendido () Tenso () Ascítico ()
 Doloroso à palpação: Sim () Não (x) Visceromegalia: Sim () Não (x)

9. Eliminações Fisiológicas:
 Evacuação: Presente (x) Ausente () Tempo 1 dias
 Diurese: Presente (x) Ausente Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Vol 1 ml

10. SSVV:
 PA: 120/80 mm/Hg P: 70 bpm FR: 18 rpm Sat O2: 97 % T: 36.5 °C HGT: 180 mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem

EXCELSIOR SEGUROS
 11 FEV. 2019
 SEGURO DPVAT

⁴SEGURO 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)



Ora, Exa., como pode a parte autora ter sido atendida no dia 29/08/2018 se o acidente supostamente ocorreu somente no dia 30/08/2018?

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

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

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190271799	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO	Data do acidente: 30/08/2018	Seguradora: ALFA SEGURADORA		
PARECER				
Diagnóstico: Fratura de plato tibial direito				
Descrição do exame físico: Vítima com edema em joelho direito, com bloqueio articular, alteração da marcha (+--+--+), realiza flexão a 80 graus, deficit de força grave do joelho.				
Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização gessada, evoluindo sem complicações. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 10 dias.				
Sequelae permanentes: Deficit funcional severo (75%) em joelho direito				
Sequelae: Com sequela				
Data do exame físico: 18/04/2019				
Conduta mantida:				
Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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



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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **30/08/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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:	29/04/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000112358-6

Nr. da Autenticação 203478F3F0BB5F13

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

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

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO 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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁸.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁹.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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

⁹art. 1º. (...)

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



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 4 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **PAULO FERNANDO CRESPO**, em curso perante a **25ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00009109220208172001.

Rio de Janeiro, 4 de fevereiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0000910-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57439 664	05/02/2020 10:47	ANEXO 1	Outros (Documento)



HOSPITAL EVANGÉLICO DE PERNAMBUCO
(Associação Evangélica Beneficente de Pernambuco)
Rua Frei Jaboatão, 301 - Torre - Recife - PE
CEP: 50.710-050 - C.N.P.J: 10.859.817/0001-73

LAUDO MÉDICO

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO

Paciente (28 ANOS), VÍTIMA de GRAVE

ACIDENTE de MOTOCICLETA, sendo a contusão
por Fratura de Platina Tibial Distal lateral, CI
distal. IMPORTANTE e AFIUNDAMENTO. Fratura e Coroa

30/12/2018. (Acidente de Motocicleta). Paciente
CI tratamento Conservador (IMOBILIZAÇÃO). Paciente
encontra-se em tratamento Médico, desenvolvendo
Reação adversa de Coroa (NÃO. Pode piorar -

Data: 19.10.2018 Paciente Coroa por Mais 60 dias
e após esta dar Paciente

Médico Responsável

EXCELSIOR SEGUROS
29 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

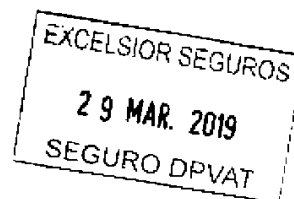


Fisioterapia por Mais 180 dias.

Paciente p/ Condições de trabalho,
Vítima de fratura articular CI de nível
em tratamento CONSERVADOR. NÃO há
no Momento Indicação CIRÚRGICA

CIA - 582.1

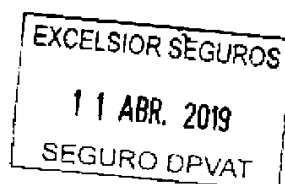
19/10/2018



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	30/8/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	30/8/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO VETTO			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM FRATURA DE PLATEAU TIBIAL			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Paciente POR MOTIVOS CLÍNICOS NÃO PODE REALIZAR CIRURGIA			
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	DIREITA C/ DESVIO
REALIZOU FISIOTERAPIA			
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO			
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA			
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)			
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO			
1º	Paciente C/ lesão GRAVE C/ AFUNDAMENTO		
2º	DA TÍBIA DIREITA. NÃO PODE REALIZAR		
3º	CIRURGIA (SAÚDE-CLÍNICA). Paciente C/		
4º	GRAVE ARTROSE + DCR + Edema. Se qual a lesão		
5º	(L5/S1) - DCR, CLAVICULACÃO, ARTROSE		
AFIRMO QUE ASISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 27/8/2019 A 5/11/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS			
LOCAL	RECIBE	DATA	ASSINATURA E CARIMBO
		5/11/2019	





HOSPITAL EVANGÉLICO BENEFICENTE DE FAMAFRANCO
(Associação Evangélica Beneficente de Famafranco)
Rua Frei Jaboatão, 301 - Torre - Recife - PE
CEP: 50.710-030 - C.N.P.J. 10.829.817/0001-73

LAUDO MÉDICO

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO

Paciente (28 ANOS), VÍTIMA de GRAVE

ACIDENTE de MOTOCICLETA, sendo a contusão
por Fratura de Platina Tibial Distal lateral, CI

lesão IMPORTANTE e APROFUNDAMENTO. Fratura e Comin

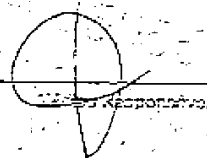
30/8/2018 (Acidente de Motocicleta). Paciente

CI tratamento Conservador (IMOBILIZAÇÃO). Paciente

encontra-se em tratamento clínico, desenvolvendo

Reação súbita de Carga (Não pode levantar

DATA: 19.10.2018 Reação Carga por mais 60 dias
e após esta não reage



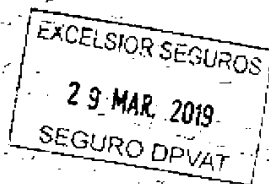
EXCELSIOR SEGUROS
29 MAR. 2019
SEGURO DPVAT



Fratura por Mais 180 dias
Paciente A/Condição de trabalho
Vítima de fratura articular 11 dias
em tratamento CONSERVADOR - NÃO HÁ
no Momento Indicação CIRÚRGICA

ADL-GR- 582.1

19/10/2018



ADL-GR- 582.1
Paciente A/Condição de trabalho
Vítima de fratura articular 11 dias
em tratamento CONSERVADOR - NÃO HÁ
no Momento Indicação CIRÚRGICA





BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

Recife, 28 de Fevereiro de 2019.

Nome: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Idade: 28 anos

Registro: 445043

Data de atendimento: 30 de Agosto de 2018.

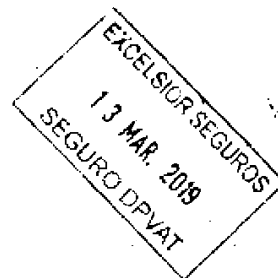
Hora de atendimento: 18 hr 50 min

Paciente deu entrada na Unidade com relato de colisão carro e moto com dor e edema em joelho direito.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

UPA24h
UPA CAXANGA 24h
Georgina de Assunção Moura
Coord. Adm./Fm.
Mat 1726

AUDREY VASCONCELOS - CRM 11727
Coord. Médica



Unidade de Pronto Atendimento - UPA CAXANGA

Rua Ribeiro Pessoa, S/N - Caxanga.

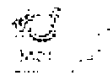
E-mail:

Telefone: 81- 3184-4366/3184-4367/3184-4354.



Pernambuco

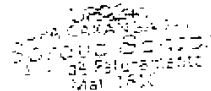
UPA24h
CENTRO DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Data do Atendimento: 30/08/2018 Hora: 19:22:30
No. Atendimento: 1208024
Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

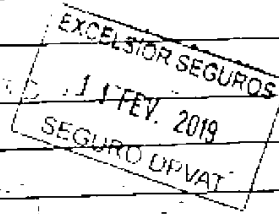
PRONTUÁRIO: 445043
Colaborador: JAMALINE

Nome: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO
Data de Nascimento: 20/03/1990 Idade: 28 Anos, 5 Meses e 10 Dias C.I.:
País ou responsáveis: ANA CARINA DA SILVA ARAUJO
Endereço: RUA SAO BERNARDO, 10 - CAPIBARIBE - 54705143
Cidade: SAO LOURENÇO DA MATA Tel.: 81958112733
Hora do Atendimento: 19/35 Hs Sexo: Masculino
Peso: Kg Temperatura:



OTD/HDA: 19/08/2018 19:35 Hs
19/08/2018 19:35 Hs

EXAME FÍSICO: 19/08/2018 19:35 Hs



DIAGNÓSTICO: FRACTURA DE PLATA E BOLA

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO 19/08/2018 19:35 Hs
Adriano Guedes

Tec. Imobilização
Ortopedia
Matrícula 1410
Pelo Espaço Total

19/08/2018 19:35 Hs
DURA LUMIN.

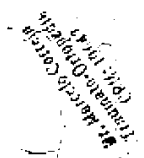
EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: 19/08/2018 19:35 Hs

19/08/2018 19:35 Hs
19/08/2018 19:35 Hs
A SMT 19/08/2018

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado



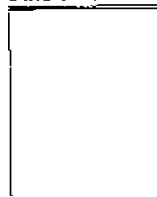
Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 30/08/2018 18:50



Nome Paciente: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/03/1990
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: 0R0065
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 30/08/2018 19:18 - 30/08/2018 19:19

DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: COLISAO MOTO-CARRO ,DOR EM JOELHO DIR

Observação: HAS -
DM -
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Acolhido(a) por: DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/08/2018 19:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: _____		Registro: _____	
Clínica: _____		Enfermeira: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Hora Admissão: _____		PLANTÃO DIURNO	
Data: ____/____/____			
Estado Geral	☐ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☐ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☐ Espontâneo	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☐ Periférico	☐ Central	Local: _____
Curativo	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☐ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____
Observações: _____ _____			
Técnico de Enfermagem: _____			
CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: <u>Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>		Registro: <u>11111</u>	
Clínica: <u>OPU</u>		Enfermeira: <u>Adriana</u>	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Hora Admissão: _____		PLANTÃO NOTURNO	
Data: <u>01/02/2019</u>			
Estado Geral	☒ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☒ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☒ Espontâneo	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☒ Periférico	☐ Central	Local: <u>ACE</u>
Curativo	☐ Sim	☒ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☒ Não	Local: <u>EXCELSIOR SEGUROS</u>
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☒ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: <u>11 FEV. 2019</u>
Observações: _____			
Técnico de Enfermagem: <u>Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>			
Cuidados de Enfermagem: _____		Horário: _____	Responsável: _____



HORA	SINAIS VITAIS					OXIGENIOTERAPIA			CONTROLE							OUTROS	
		FR (rpm)	FC (bpm)	Sat. O2 (%)	Temp.	Cateter O2	VENTURI	VENT. MEC	GANHOS		PERDAS					HGT (mg/dl)	Asp. VAS
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
Total																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
Total																	



DATA: 27/02/2020 HORA: 14:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
IDADE: 38 REG: 123456789 SETOR: Emergência LEITO: 601

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: dores abdominais

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias () Quais? Não Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes ()
HAS () Câncer () Doença Pulmonar () Depressão () Outros: Não

EXAME FÍSICO

1. Estado Geral:

Bom () Regular (☒) Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:

Nível de Consciência: Consciente (☒) Inconsciente () Orientado (☒) Desorientado () Torporoso () Agitado () Sedado ()
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Miopia () Miase () Foto-reagente ()

3. Condição de locomoção:

Deambula (☒) Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta

VO (☒) Aceita bem (☒) Não Aceita () Zero () SNG () SNE () GTT ()

5. Dieta

Leve () Não integra (☒) Normocorada (☒) Hipocorada () Ictéria () Anictérica (☒) Cianótica () Acianótica () Sucoreico ()
Lesões () Local: Não Edemas () Local: Não Acesso venoso Não

6. Condições de Higiene:

Satisfatória (☒) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:

() Eupnéico (☒) Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () BAN () Tiragem () Ret. Fúrcula () Vent. Não
() Caleter Nasa: Não TQT () VNI () AVMI () Modo Vent. Não FIO₂ Não PIP Não PEEP Não

8. Sistema Digestório:

Abdomen: plano () Globoso () Escavado () Flácido (☒) Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: Sim () Não (☒) Visceromegalia: Sim () Não (☒)

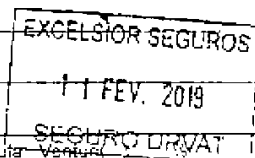
9 Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente (☒) Ausente () Tempo Não dias
Diurese: Presente (☒) Ausente Espontânea () SVD () SVA () Clistostomia () Vol. Não m.
Aspecto Não

10. SSVV:

PA: 120/80 mm/Hg P: 70 bpm FR: 18 rpm Sat O₂: 94 % T: 36,5 °C HGT: 1,70 m

Diagnósticos de Enfermagem



1. Identificação do Paciente		2. Identificação do Exame		3. Identificação do Exame	
1.1. Nome do Paciente		1.2. Nome do Exame		1.3. Nome do Exame	
1.4. Data de Nascimento		1.5. Data de Exame		1.6. Data de Exame	
1.7. Local de Nascimento		1.8. Local de Exame		1.9. Local de Exame	
1.10. Data de Exame		1.11. Data de Exame		1.12. Data de Exame	
1.13. Data de Exame		1.14. Data de Exame		1.15. Data de Exame	
1.16. Data de Exame		1.17. Data de Exame		1.18. Data de Exame	
1.19. Data de Exame		1.20. Data de Exame		1.21. Data de Exame	
1.22. Data de Exame		1.23. Data de Exame		1.24. Data de Exame	
1.25. Data de Exame		1.26. Data de Exame		1.27. Data de Exame	
1.28. Data de Exame		1.29. Data de Exame		1.30. Data de Exame	
1.31. Data de Exame		1.32. Data de Exame		1.33. Data de Exame	
1.34. Data de Exame		1.35. Data de Exame		1.36. Data de Exame	
1.37. Data de Exame		1.38. Data de Exame		1.39. Data de Exame	
1.40. Data de Exame		1.41. Data de Exame		1.42. Data de Exame	
1.43. Data de Exame		1.44. Data de Exame		1.45. Data de Exame	
1.46. Data de Exame		1.47. Data de Exame		1.48. Data de Exame	
1.49. Data de Exame		1.50. Data de Exame		1.51. Data de Exame	
1.52. Data de Exame		1.53. Data de Exame		1.54. Data de Exame	
1.55. Data de Exame		1.56. Data de Exame		1.57. Data de Exame	
1.58. Data de Exame		1.59. Data de Exame		1.60. Data de Exame	
1.61. Data de Exame		1.62. Data de Exame		1.63. Data de Exame	
1.64. Data de Exame		1.65. Data de Exame		1.66. Data de Exame	
1.67. Data de Exame		1.68. Data de Exame		1.69. Data de Exame	
1.70. Data de Exame		1.71. Data de Exame		1.72. Data de Exame	
1.73. Data de Exame		1.74. Data de Exame		1.75. Data de Exame	
1.76. Data de Exame		1.77. Data de Exame		1.78. Data de Exame	
1.79. Data de Exame		1.80. Data de Exame		1.81. Data de Exame	
1.82. Data de Exame		1.83. Data de Exame		1.84. Data de Exame	
1.85. Data de Exame		1.86. Data de Exame		1.87. Data de Exame	
1.88. Data de Exame		1.89. Data de Exame		1.90. Data de Exame	
1.91. Data de Exame		1.92. Data de Exame		1.93. Data de Exame	
1.94. Data de Exame		1.95. Data de Exame		1.96. Data de Exame	
1.97. Data de Exame		1.98. Data de Exame		1.99. Data de Exame	
1.100. Data de Exame		1.101. Data de Exame		1.102. Data de Exame	

ENFERMEIRO / COREN

REC DE ENFERMAGEM COREN



PACIENTE: Paulo Augusto da Silva REG: 123456789
DATA: 12/11/18 HORA: 10:00 SETOR: Cardiologia LEITO: 22

1 - Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

1 - Nivel de Consciencia:

Consciente ☒ Inconsciente ☐ Orientado ☒ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado ☐ Sedado ☐
Escala de coma de Glasgow: _____, pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO ☒ SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pete:

Íntegra () Não íntegra / Local (x): Int. Normocorada (x) Hipocorada () Ictéria () Anictérica (x).

Cianótica () Acianótica () Sudorífico () Hidratada () Desidratado ()

Edema / Local (): _____ Acesso venoso NSC

6 - Condições de Higiene

Satisfatória (☒) - Insatisfatória (☐) Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()

Cateter Nasal () ____ l/m Venturi () ____ % TQT () VNI () AVM () Modo Vent ____ FIO₂ ____ PIP ____

PEEP	TOT N°
------	--------

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido ☒ Distendido () Tenso () Ascítico ()

Doloroso à palpação: sim() não(✓)

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuacão: Presente ☒ Ausente () Tempo _____ dias

Diurese: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()

Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

PA: 100 mm/Hg P: 70 bpm Sat O2: 93% T: 36.5 °C

HGT: mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

ENFERMEIRO(CO)REN



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - DIURNO

PACIENTE: _____ REG: _____
 DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

Estado Geral:

m: ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐

Nível de Consciência:

insciente ☐ inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado ☐ Sedado ☐
 escala de coma de Glasgow: _____ pts

Condição de locomoção:

ambul: ☐ Cadeira de rodas ☐ Acamado ☐

Dietas:

☐ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ GTT ☐ SNG Aberta ☐ Retorno

Pele:

cor: ☐ Não íntegra / Local (): _____ Normocrorada ☐ Hipocrorada ☐ Ictéria ☐ Anictérica ☐

anótica ☐ Acianótica ☐ Sudorética ☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐

arsa / Local (): _____ Acesso venoso _____

Condições de Higiene

toletória ☐ Insatisfatória ☐ Dependente da Enfermagem

Sistema Respiratório

pnêco ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Ban ☐ Tiragem ☐ Ret. Fúrcula ☐

later/Nasal ☐ ____ l/m Venturi ☐ ____ % TQT ☐ VNI ☐ AVM ☐ Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____

EP _____ TOT N° _____

Sistema Digestório:

cor: plano ☐ Globoso ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Ascítico ☐

cor: à palpação: sim ☐ não ☐

Eliminações Fisiológicas:

eção: Presente ☐ Aspecto _____ Ausente ☐ Tempo _____ dias

asa: Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐

ostomia ☐ Vol _____ ml Aspecto _____

- SSVs:

_____ mmHg P. _____ bpm Sat O₂: _____ % T. _____ °C

CP _____ mg/dl

- Procedimentos Realizados / Observações

ENFERMEIRO COREN: _____



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - DIURNO

PACIENTE: _____ REG: _____
 DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

- Estado Geral:

em () Regular () Comprometido () Grave ()

- Nível de Consciência:

Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
 escala de coma de Glasgow: _____ pts

- Condição de locomoção:

ambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

- Dieta:

vo () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

- Pele:

cor () Não íntegra / Local () : _____ Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()
 anórica () Acianótica () Sudoréica () Hidratada () Desidratada ()

tema / Local () : _____ Acesso venoso _____

- Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

- Sistema Respiratório

ronco () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()

oxímetro Nasal () ____ l/m³ Venturi () ____ % TQT () VNI () AVM () Modo Vent ____ FIO₂ ____ PIP ____

EEP ____ TOT N° ____

- Sistema Digestório:

abdomem plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()

palpação: sim () não ()

- Eliminações Fisiológicas:

urinação: Presente () Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias

defecação: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SYA ()

gastrostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

- SSVV:

PA: _____ mm/Hg PR: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C

BT: _____ mg/dl

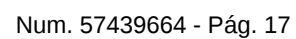
- Procedimentos Realizados / Observações

ENFERMEIRO(COREN): _____



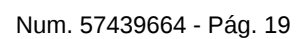
VALOR EN TQDS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1301697147

SEGURO DPVAT



VALOR EN TQDS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1301697147

SEGURO DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271799

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do acidente: 30/08/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de plato tibial direito

Descrição do exame físico: Vítima com edema em joelho direito, com bloqueio articular, alteração da marcha (+----+), realiza flexão a 80 graus, deficit de força grave do joelho.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização gessada, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 10 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional severo (75%) em joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/04/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271799

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do acidente: 30/08/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de plato tibial direito

Descrição do exame físico: Vítima com edema em joelho direito, com bloqueio articular, alteração da marcha (+----+), realiza flexão a 80 graus, deficit de força grave do joelho.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização gessada, evoluindo sem complicações. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 10 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional severo (75%) em joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/04/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271799

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do acidente: 30/08/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. (P5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@(P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190118583

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do acidente: 30/08/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.1)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271799

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do acidente: 30/08/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. (P5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190271799

Nome do(a) Examinado(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO
NETO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua São Bernardo, 10 - São Lourenço da
Mata/PE - CEP 54705-140

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8092675 - sds pe - 13/11/2015

Data e Local do Acidente : 30/08/2018 - Recife/PE

Data e Local do Exame : 18/04/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

fratura de plato tibial direito

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

Tratado conservadoramente com imobilização gessada, evoluindo sem
complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 10 dias.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

vítima com edema em joelho direito, com bloqueio articular, alteração da
marcha (+-++++), realiza flexão a 80 graus, deficit de força grave do joelho.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

limitação grave de joelho direito, com bloqueio articular



VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º 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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

joelho direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO

RG / CNH / TPS: 05162208072 **CPF:** 083.723.784-01

End: RUA SÃO BERNARDO, Nº 10 – SÃO LOURENÇO DA MATA/PE.

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA

RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE **CPF:** 012.891.554-45

End: AV. TIRADENTES Nº 366, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que configura como vítima:

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO

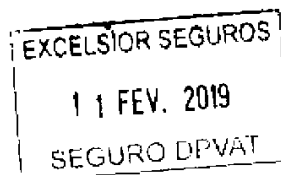
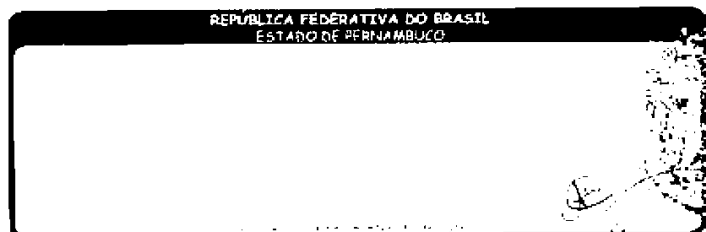
CPF: 083.723.784-01

S. LOURENÇO DA MATA, 11 de Setembro de 2019

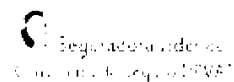


Paulo Fernando Crespo de Araújo Neto

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050553/19

Número do Sinistro: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 30/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO FERNANDO
CRESPO DE ARAUJO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

Declaração Circular SUSEP 445/12

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/02/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

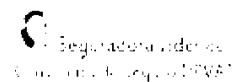
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050553/19

Número do Sinistro: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

CPF: 083.723.784-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: PAULO FERNANDO
CRESPO DE ARAUJO NETO

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/03/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

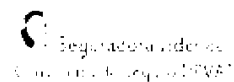
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050553/19

Número do Sinistro: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 30/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO FERNANDO
CRESPO DE ARAUJO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

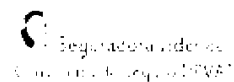
Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050553/19

Número do Sinistro: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: PAULO FERNANDO
CRESPO DE ARAUJO NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/03/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

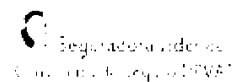
Data do cadastramento: 29/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050553/19

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 30/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO FERNANDO
CRESPO DE ARAUJO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO : 083.723.784-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/02/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

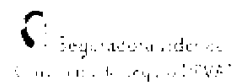
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

SIMONE BARBOSA CORREIA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124523/19

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

CPF: 083.723.784-01

Seguradora: ALFA SEGURADORA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO : 083.723.784-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA





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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13948244





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

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01841/01842 - carta_03 - INVALIDEZ

00050921



Carta nº 13973672





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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01425/01426 - carta_03 - INVALIDEZ

00040713



Carta nº 14079713





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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00139/00140 - carta_03 - INVALIDEZ

00050070



Carta nº 14104205





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

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190118583

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00561/00562 - carta_04 - INVALIDEZ

00060281



Carta nº 14148751





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

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190271799

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14193634





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

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190271799

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00237/00238 - carta_02 - INVALIDEZ

00060119



Carta nº 14203603





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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190271799

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: $18,75\% \times 13.500,00 =$ R\$ 2.531,25

Recebedor: **PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000876**

Conta: **00000112358-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 783 723 784-01 Nome completo da vítima: Paulo Fernando e Nêscio de ARAÚJO neto

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

Nome completo: Paulo Fernando e Nêscio de ARAÚJO neto CPF: 783 723 784-01

Profissão: _____ Endereço: SAO BERNARDO 12, C. Número: _____ Complemento: _____

Bairro: CAPIANGA Cidade: SAO BERNARDO Estado: PE CEP: 54105-140

E-mail: _____ Tel (DDD): (71) 31704042

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO EM ORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Iti (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0876 13 CONTA: 00192358 6

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ilegada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Local e Data: SAO BERNARDO 12, C.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: EXCELSIOR SEGUROS

CPF: _____

11 FEV. 2019

Assinatura

2ª Nome: SEGURO DPVAT

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidedignidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 783 723 784-01 Nome completo da vítima: Paulo Fernando e Nêscio de ARAÚJO neto

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

Nome completo: Paulo Fernando e Nêscio de ARAÚJO neto CPF: 783 723 784-01

Profissão: _____ Endereço: São Bernardo, 12, C. Número: _____ Complemento: _____

Bairro: Capitão Cidade: São Bernardo Estado: PE CEP: 54105-140

E-mail: _____ Tel (DDD): (71) 31704042

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INDEFINIR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0876 13 CONTA: 00192358 6

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ilegada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Local e Data: São Bernardo, 11 de Feb. 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: EXCELSIOR SEGUROS

CPF: _____

11 FEV. 2019

Assinatura

2ª Nome: SEGURO DPVAT

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidedignidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



A 10-10-19 15:37/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096007123**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2018** às **15:51**

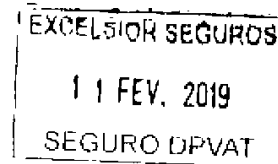
Complementa o BO Número: **18E0096007121**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IPUTINGA (BAIRRO), 1 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR / AGENTE)
PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe ANA CARINA DA SILVA ARAUJO Pai: ANDRÉ CARLOS ALVES SÁ BARRETO Data de Nascimento: 20/3/1990
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8090675/SD3/PE (RG) 08372378401 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 988112733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAPIBARIBE (BAIRRO), 10, RUA SÃO BERNARDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO TWISTER, ANO 2008, PLACA KGP 7463, QUE ESTÁ NO NOME DA PESSOA DE AMICICLEI FRANCO DE SOUZA SILVA.**

28/11/2018 15:44



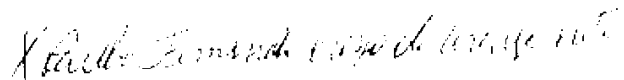
VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSP**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VITIMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUE ESTAVA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, TEVE A MESMA ABALROADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. SEGUNDO O MESMO, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, A CONDUTORA DO VEÍCULO EVADIU - SE DO LOCAL SEM, CONTUDO, ARCAR COM O ÔNUS DO OCORRIDO NEM REALIZAR O DEVIDO SOCORRO AO MESMO. DIANTE DE TAL FATO, A VÍTIMA VEIO A ESTA DP NOTICIAR O OCORRIDO E PEDIR AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS CABÍVEIS.

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO
(VITIMA)



B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**



A 10-10-19 15:37/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096007123**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2018** às **15:51**

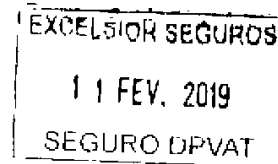
Complementa o BO Número: **18E0096007121**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IPUTINGA (BAIRRO), 1 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR / AGENTE)
PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe ANA CARINA DA SILVA ARAUJO Pai: ANDRÉ CARLOS ALVES SÁ BARRETO Data de Nascimento: 20/3/1990
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8090675/SDS/PE (RG) 08372378401 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 988112733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAPIBARIBE (BAIRRO), 10, RUA SÃO BERNARDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO TWISTER, ANO 2008, PLACA KGP 7463, QUE ESTÁ NO NOME DA PESSOA DE AMICICLEI FRANCO DE SOUZA SILVA.**

28/11/2018 15:44



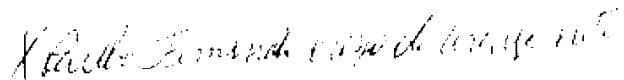
VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSP**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VITIMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUE ESTAVA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, TEVE A MESMA ABALROADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. SEGUNDO O MESMO, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, A CONDUTORA DO VEÍCULO EVADIU - SE DO LOCAL SEM, CONTUDO, ARCAR COM O ÔNUS DO OCORRIDO NEM REALIZAR O DEVIDO SOCORRO AO MESMO. DIANTE DE TAL FATO, A VÍTIMA VEIO A ESTA DP NOTICIAR O OCORRIDO E PEDIR AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS CABÍVEIS.

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO
(VITIMA)



B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**



A 10-10-19 15:37/19



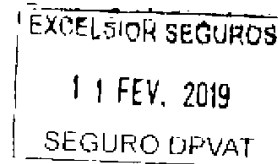
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0096007123Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2018** às **15:51**Complementa o BO Número: **18E0096007121****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **30/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IPUTINGA (BAIRRO), 1 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR / AGENTE)
PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA CARINA DA SILVA ARAUJO Pai: ANDRÉ CARLOS ALVES SÁ BARRETO Data de Nascimento: 20/3/1990
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8090675/SDS/PE (RG) 08372378401 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 988112733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAPIBARIBE (BAIRRO), 10, RUA SÃO BERNARDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO TWISTER, ANO 2008, PLACA KGP 7463, QUE ESTÁ NO NOME DA PESSOA DE AMICICLEI FRANCO DE SOUZA SILVA.**

28/11/2018 15:44



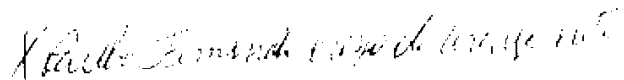
VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSP**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VITIMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUE ESTAVA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, TEVE A MESMA ABALROADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. SEGUNDO O MESMO, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, A CONDUTORA DO VEÍCULO EVADIU - SE DO LOCAL SEM, CONTUDO, ARCAR COM O ÔNUS DO OCORRIDO NEM REALIZAR O DEVIDO SOCORRO AO MESMO. DIANTE DE TAL FATO, A VÍTIMA VEIO A ESTA DP NOTICIAR O OCORRIDO E PEDIR AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS CABÍVEIS.

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO
(VITIMA)



B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	783 723 784-03	Paulo Fernando de Jesus de ARAÚJO Neto
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Paulo Fernando de Jesus de ARAÚJO Neto	783 723 784-03	
Profissão:	Endereço:	Número:
	São Bernardo do C.	16
Bairro:	Cidade:	Estado:
Capitão	São Bernardo do C.	PE
E-mail:		CEP:
		54105-140
		Tel (DDD):
		(11) 31704042

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INDEFINIR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Iti (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0876 13 CONTA: 0012355 6

(Indicar o dígito se existir)

(Indicar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Indicar o dígito se existir)

(Indicar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ilegada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Local e Data: 11/02/2020
Nome: Paulo Fernando de Jesus de ARAÚJO Neto
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: EXCELSIOR SEGUROS
CPF:

11 FEV. 2019
Assinatura

2ª Nome: SEGURO DPVAT
CPF:

Assinatura

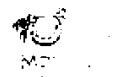
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidedignidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Num. 57439664 - Pág. 52

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: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000112358-6

Nr. da Autenticação 203478F3F0BB5F13





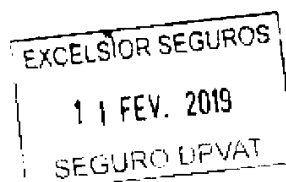
11/11/2011 11:11:11 AM

ANA CARINA DA SILVA ARAUJO
RUA DO BERNARDO, 106, BR
CAMARIFE
54705-440 SÃO JOAQUIM DA MATTA PE



© 1999 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 245: 115–121

A conta da sua
TV por assinatura.





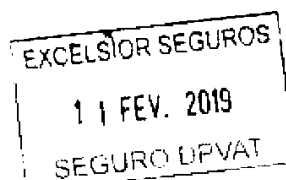
11/11/2011 11:11:11 AM

ANA CARINA DA SILVA ARAUJO
RUA DO BERNARDO, 106, BR
CAMARIFE
54705-440 SÃO JOAQUIM DA MATTA PE



© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 161–167

A conta da sua
TV por assinatura.



0050443/19

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0211204 ou 0021 3211204 (válidos para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme Estipulação de Seguro nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

O preenchimento do Seguro DPVAT - Lei 507, de 1966, requer a apresentação de todos os dados pessoais de segurança, tais como nome completo, data de nascimento e endereço.

O Coaf, Conselho Administrativo de Recursos Fiscais - CARM, por meio da entidade do Ministério da Fazenda, tem por finalidade controlar as atividades econômicas, tributárias, previdenciárias e ambientais praticadas pelos contribuintes, visando à prevenção de atividades ilícitas previstas na Lei nº 61.137/66.

Pelo exposto, eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, nascido(a) no CPF/CNPJ nº 000.000.000-00, residente em rua 123456789 nº 123, cidade de BRASILIA (DF), Intermediária(a) do Beneficiário ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, nascido(a) no CPF/CNPJ nº 000.000.000-00, do sinistro de DPVAT cobertura 1 da Vedação 1 do Seguro DPVAT nº 000.000.000-00, presente(a) no CPF/CNPJ nº 000.000.000-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão PROFISSÃO Renda RENDA e apresento os documentos comprobatórios.

Eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR,

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

Entendo que o não cumprimento da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR PROFISSÃO RENDA 000.000.000-00 000.000.000-00 000.000.000-00 000.000.000-00

12/02/2019 12 de FEV de 2019
Data e Assinatura

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Declarante

0050443/19

EXCELSIOR SEGUROS
18 FEV. 2019
SEGURO DPVAT



0050443/19

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0211204 ou 0021 3211204, disponível para pessoas com deficiência no número 144.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme Estipulação de Seguro nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

O preenchimento do Seguro DPVAT - Lei 507, de 1966, não implica a exclusão de outras fontes de renda e ativos de seguros, já a recusa em apresentá-los pode ser considerada suspeita.

O Coaf, Conselho Administrativo de Recursos Fiscais - CARM, por meio da entidade do Ministério da Fazenda, tem por finalidade controlar as informações de renda e patrimônio, para fins de identificação e controle das fontes de atividades ilícitas previstas na Lei nº 61.176.

Pelo exposto, eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, nascido(a) no CPF/CNPJ nº 000.000.000-00, residente em rua 15 de Novembro nº 15, bairro Centro, cidade Curitiba, Estado PR, sou titular do sinistro de DPVAT cobertura 1 da Veículo 1500, placa 1500, modelo 1500, ano 1500, presente(a) no CPF sob o Nº 000.000.000-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Assinatura eletrônica

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

Entendo que o não cumprimento da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Assinatura: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior Nome: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CPF: 000.000.000-00 Estado: PR Cidade: Curitiba Bairro: Centro
Endereço: Rua 15 de Novembro, 15 Telefone residencial: 0000-0000 Telefone celular: 0000-0000

15/02/2019 de 19 de 19
Data e Dia

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura Eletrônica Declarante

0050443/19

EXCELSIOR SEGUROS
18 FEV. 2019
SEGURO DPVAT



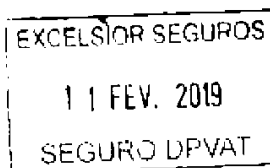
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR,
RG nº 6844005, data de expedição 20/06/11,
Órgão SUS PE, portador do CPF nº 045.302.154-42, com
domicílio na cidade de SÃO LUÍS, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AD. FRANCISCA SMO. BELMONTE, nº 15,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima PATRICIA ANTONIO DE SOUZA cujo o condutor era
ANTONIO.

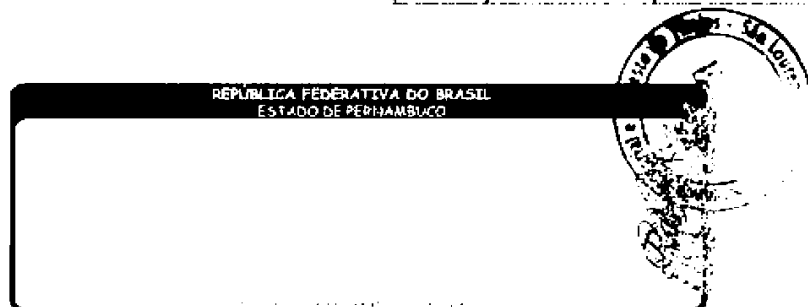
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CBX 250
Ano: 2011
Placa: RSP 7403
Chassi: PC2AL35006R071003
Data do Acidente: 30/03/2018
Local e Data: S. LOURENÇO / 11.01.2019



Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do Declarante



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



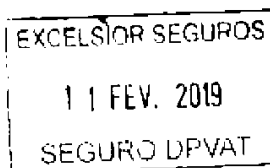
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR,
RG nº 6844005, data de expedição 20/06/11,
Órgão SUS PE, portador do CPF nº 045.302.154-42, com
domicílio na cidade de SÃO LUIZ DO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AD. FRANCISCA SMO. BELMONTE, nº 15,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima PATRICIA ANTÔNIO DE SOUZA cujo o condutor era
ANTÔNIO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CBX 250
Ano: 2011
Placa: RSP 7403
Chassi: PC2AL35006R071003
Data do Acidente: 30/03/2018
Local e Data: S. LOURENÇO / 11.01.2019



Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do Declarante



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



Pe. nambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGA



Data do Atendimento: 30/08/2018

Hora: 19:22:30

PRONTUÁRIO: 445043

No. Atendimento: 1208024

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Colaborador: ANA CARINA

Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO

Sexo: Masculino

Nome: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data de Nascimento: 20/03/1990

Idade: 28 Anos, 5 Meses e 10 Dias

C.I.: /

País ou responsáveis: ANA CARINA DA SILVA ARAUJO

Endereço: RUA SAO BERNARDO, 10 - CAPIBARIBE - 54705140

Cidade: SAO LOURENCO DA MATA Tel.: 81980112733 -

Hora do Atendimento: 19:55 Hs

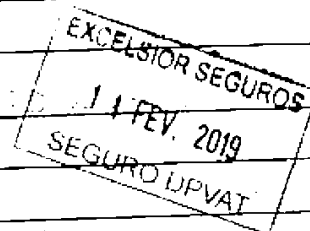
Peso: Kg

Temperatura:

OPD / HDA: INVESTIGAR DOENÇAS PREVIAS
DOENÇAS PREVIAS EM FAMILIA

EXAME FÍSICO

DOENÇA MOBILIZADA



DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE FÊMUR BILATERAL

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

TRATAMENTO

Adriano Guedes

Tec. Imobilização

Ortopedia

Matrícula 1410

Pelo Sport Total

TRATAMENTO
DIETA LÍQUIDA

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

TRATAMENTO INICIAL
DIETA LÍQUIDA
ELIMINAR 40g EM SE
A SINTOMAS

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Dr. Marcelo Cordeiro
RPM: 19145
Traumato-Ortopedia

Médico - Carimbo e Assinatura



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: _____		Registro: _____	
Clínica: _____		Enfermeira: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Hora Admissão: _____		PLANTÃO DIURNO	
Data: ____/____/____			
Estado Geral	☐ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☐ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☐ Espenico	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☐ Periférico	☐ Central	Local: _____
Curativo	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☐ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____
Observações: _____ _____			
Técnico de Enfermagem: _____			
CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: <u>Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>		Registro: <u>20020510470016600000056498448</u>	
Clínica: <u>Cardiologia</u>		Enfermeira: <u>Enfermeira</u>	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Hora Admissão: _____		PLANTÃO NOTURNO	
Data: ____/____/____			
Estado Geral	☒ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☒ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☒ Espenico	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☒ Periférico	☐ Central	Local: <u>NA</u>
Curativo	☐ Sim	☒ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☒ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☒ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____
Observações: _____			
Técnico de Enfermagem: <u>Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>			
Cuidados de Enfermagem:		Horário	Responsável

EXCELSIOR SEGUROS
11.FEV. 2019
SEGURO DPVAT



HORA	SINAIS VITAIS				OXIGENIOTERAPIA			CONTROLE							OUTROS	
		FR (rpm)	FC (bpm)	Sat. O2 (%)	Temp.	Cateter O2	VENTURI	VENT. MEC	GANHOS		PERDAS				HGT (mg/dl)	Asp. VAS
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
Total																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
Total																



DATA: 25/01/2019 HORA: 14:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
IDADE: 35 REG: 123456789 SETOR: Emergência LEITO: 101

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: Febre alta

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias () Quais? Não Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes ()
HAS () Câncer () Doença Pulmonar () Depressão () Outros: Não

EXAME FÍSICO

1. Estado Geral:

Bom () Regular (☒) Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:

Nível de Consciência: Consciente (☒) Inconsciente () Orientado (☒) Desorientado () Torporoso () Agitado () Sedado ()
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotorreagente ()

3. Condição de locomoção:

Deambula (☒) Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta

VO: ACE Aceita bem (☒) Não Aceita () Zero () SNG () SNE () GTT ()

5. Dieta

Integra () Não Integra (☒) Normocorada (☒) Hipocorada () Ictérica () Anictérica (☒) Cianótica () Acianótica () Sucrocedo ()
Lesões (☒) Local: na pele Edemas () Local: Acesso venoso

6. Condições de Higiene.

Satisfatória (☒) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:

() Eupnéico (☒) Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () BAN () Tiragem () Ret. Fúrcula () Venturi ()
() Cateter Nasal () Im TQT () VNI () AVN () Modo Vent. FIO: PIP: PEEP:

8. Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido (☒) Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso a palpação: Sim () Não (☒) Visceromegalia: Sim () Não (☒)

9 Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente (☒) Ausente () Aspecto: Ausente () Tempo: dias
Diurese: Presente (☒) Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Vol: nil
Aspecto:

10. SSVV:

PA: 120/80 mmHg P: 70 bpm FR: 18 rpm Sat O2: 94 % T: 36,5 °C HGT: 180 mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem

EXCELSIOR SEGUROS
11 FEV. 2019
SEGURO DRYAT





1. Etilologia Primária, Desconhecida	Evidenciado por: - Fatores de risco - História clínica - Exames de laboratório	Monitorar sinais e sintomas da infecção - Monitorar a evolução da infecção
2. Risco de Infecção	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção
3. Dor Aguda	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção
4. Risco de Queda	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção
5. Instabilidade da pele prejudicada	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção
6. Mobilidade Física Prejudicada	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção
7. Padrão Respiratório Ineficaz	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção
8. Risco de Sangramento	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção
9. Estado Cardíaco Diminuído	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção
10. Desequilíbrio Prejudicado	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção
11. Integridade e Proteção Articular Diminuído	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção
12. Glicemia Prejudicada	Evidenciado por: - História clínica - Exames de laboratório - Exames de imagem	- Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção - Monitorar a evolução da infecção

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ENFERMEIRO COREN



FR. FREQUÊNCIA RESPIRATORIA

SBV. SUPORTE BÁSICO DE VIDA

EC. FREQUÊNCIA CARDÍACA

ECG - ELETROCARDIOGRAMA

AVP. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

PACIENTE: Paulo Roberto de A. Costa REG: 123456
DATA: 5/2/18 HORA: 18:00 SETOR: Adm LEITO: 12

1 - Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()

Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pele:

Íntegra () Não íntegra / Local () MI () Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()

Cianótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada () Desidratado ()

Edema / Local () : _____ Acesso venoso _____

6 - Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()

Cateter Nasal () ____ l/m Venturi () % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____

PEEP _____ TOT N° _____

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()

Doloroso à palpação: sim () não ()

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente () Ausente () Tempo _____ dias

Diurese: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()

Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

PA: _____ mm/Hg P: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C

HGT: _____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

ENFERMEIRO/COREN. _____



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - DIURNO

PACIENTE: _____ REG: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

Estado Geral:

em () Regular () Comprometido () Grave ()

Nível de Consciência:

consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()

escala de coma de Glasgow: _____ pts

Condição de locomoção:

ambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

Dieta:

VO () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

Pele:

sa () Não integra / Local () _____ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Anictérica ()

anótica () Cianótica () Sudoréica () Hidratada () Desidratada ()

cateter / Local () _____ Acesso venoso _____

Condições de Higiene

insuficiente () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

Sistema Respiratório

normal () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()

cateter Nasal () ____ l/m Venturi () ____ % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____

FEV₁ _____ TOT N^o _____

Sistema Digestório:

abdomem plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()

ausente a palpação: sim () não ()

Eliminações Fisiológicas:

ausência: Presente () Ausente () Aspecto _____ Tempo _____ dias

massa: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()

constância () Vol: _____ ml Aspecto _____

SSV/V:

PA: _____ mm/Hg PR: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C

glicose: _____ mg/dl

Procedimentos Realizados / Observações

ENFERMEIRO(COREN): _____



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - DIURNO

PACIENTE: _____ REG: _____
 DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

- Estado Geral:

em: ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐

- Nível de Consciência:

Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado ☐ Sedado ☐

escala de coma de Glasgow: _____ pts

- Condição de locomoção:

camburê ☐ Cadeira de rodas ☐ Acamado ☐

- Dieta:

alimento ☐ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ GTT ☐ SNG Aberta ☐ Retorno

- Pele:

pele: ☐ Inteira ☐ Não Inteira / Local: _____ Normocrorada ☐ Hipocrorada ☐ Ictérica ☐ Anictérica ☐

edematosas ☐ Cianóticas ☐ Sudoréticas ☐ Hidratadas ☐ Desidratadas ☐

feridas / Local: _____ Acesso venoso _____

- Condições de Higiene

Higiênica ☐ Insatisfatória ☐ Dependente da Enfermagem

- Sistema Respiratório

respiração: ☐ Dispneico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Ban ☐ Tiragem ☐ Ret. Fúrcula ☐

cateter Nasal ☐ ____ l/m Venturi ☐ ____% TQT ☐ VNI ☐ AVM ☐ Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____

EEP _____ TOT Nº _____

- Sistema Digestório:

abdomem: ☐ plano ☐ Globoso ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Ascítico ☐

dores à palpação: sim ☐ não ☐

- Eliminações Fisiológicas:

defecação: Presente ☐ Ausente ☐ Aspecto _____ Ausente ☐ Tempo _____ dias

urina: Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐

cateterismo: ☐ Vol _____ ml Aspecto _____

- SSVV:

pressão arterial: _____ mm/Hg P: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C

glicose: _____ mg/dl

Procedimentos Realizados / Observações

ENFERMEIRO COREN _____



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Regumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 30/08/2018 18:50

Nome Paciente: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/03/1990
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: OR0065
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 30/08/2018 19:18 - 30/08/2018 19:19

DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA**
Cor: AMARELO
Queixa Principal: COLISAO MOTO-CARRO ,DOR EM JOELHO DIR
Observação: HAS -
DM -
ALERGIA -
Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO
Discriminador(es): - DOR MODERADA
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Acolhido(a) por: DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/08/2018 19:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

Recife, 28 de Fevereiro de 2019.

Nome: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Idade: 28 anos

Registro: 445043

Data de atendimento: 30 de Agosto de 2018.

Hora de atendimento: 18 hr 50 min

Paciente deu entrada na Unidade com relato de colisão carro e moto com dor e edema em joelho direito.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Georgina de Assunção Moura
Coord. Adm / Fin
Mat. 11727

/ AUDREY VASCONCELOS - CRM 11727
Coord. Médica.



Unidade de Pronto Atendimento - UPA CAXANGÁ

Rua Ribeiro Pessoa, S/N - Caxangá.

E-mail:

Telefone: 81- 31844366/31844367/31844354.



Manual de Recepção e Regulação Sinistros Administrativos DPVAT



- Se por Instrumento Particular ou Público, deverá ser específica para o pedido de indenização do Seguro DPVAT, ser original ou cópia autenticada. e deverá conter o domicílio completo do outorgante e do outorgado.

Verificar na Documentação Médica

Se os documentos apresentados pertencem à vítima.

→ A reguladora só poderá pendenciar a documentação médica quando não estiverem digitalizadas ou quando as que estiverem digitalizadas pertencerem a outra vítima.

