



Número: **0001666-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HERIKA GUILHERME DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57299407	03/02/2020 11:23	2690372_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00016660420208172001

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

ARUANA SEGUROS S/A, empresa seguradora com sede à Rua Visconde de Piraja, 547 - Sala 802 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22410-003, inscrita no CNPJ sob o número 07017295/0001-58 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 **HERIKA GUILHERME DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **10/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 12/11/2019.

Cumprе 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.

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



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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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



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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190696152	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA	Data do acidente: 10/09/2019	Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 18/12/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 10/09/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERIKA GUILHERME DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04048

CONTA: 000060002882-4

Nr. da Autenticação 4140BB07203B372F

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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:

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

⁷art. 1º. (...)

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



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

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

Para fins do 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, 31 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/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 **ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **HERIKA GUILHERME DA SILVA**, em curso perante a **14ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00016660420208172001.

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0001666-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HERIKA GUILHERME DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57299408	03/02/2020 11:23	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Chomenei A de Pequeno inscrito (a) no CPF 056.159.494 / 57 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marika Guilherme da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.063.644 / 92, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Marika Guilherme da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.063.644 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Engenho Água Reda</u>		<u>168</u>	<u>Casa - A</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Imperatriz</u>	<u>MA</u>	<u>PE</u>	<u>51150-030</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>Chomenei.23@gmail.com</u>	<u>81-992442330</u>		<u>81-99988-5004</u>

MA, 12 de Dezembro de 2017
Local e Data

Chomenei A de Pequeno
Assinatura do Declarante

L 0001/2017



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1692891	ATENDIMENTO: 01480939
DATA DE NASCIMENTO: 26/04/1979	FOI ATENDIDO EM: 10/09/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 19/09/2019 ÀS 09:43	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Observação:

CURATIVO DIÁRIO

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA COM 2 SEMANAS

Dr. Ianer Felling
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7472

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: N° 7472

Recife, 19, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



SENHA DA REGULAÇÃO:

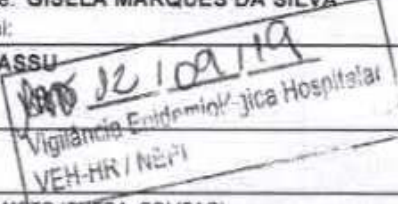


Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: 1692891	Data e Hora de Atendimento: 10/09/2019 21:33	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual :		
Nº. ATEND.: 1480466	Paciente: HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC	Nm. Social:
Data de nascimento: 26/04/1979	Idade: 40a 4m 15d	Sexo: FEMININO
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: JESSICA
DOC ID / Data expedição	Mãe: GISELA MARQUES DA SILVA	Cartão SUS:
Endereço: TRAVESSA PARAGUASSU	Pal:	Numero 100
Bairro: ZUMBI		Complemento:
Cidade: RECIFE		UF: PE Telefone: 983626417
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		
Procedência: VIA PUBLICA		
Formações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros ☐		
Observação:		Assistente Social
História Clínica:		
Urtido de Colisão Moto x Carro de Mãozinha tringido pelo SAMU em Uno de passeio branco e color amarelo Preto Uno de Capote. Apresenta FCC em Perno (E) CI perno de tendo e contusão no Glauque 15		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?		
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:
AR: Espanto. Premiado e Surtido		
RC: 98bpm; ACV: FCC 2/2 1/1 Surtido; Abd: Flexão e Insulção		
B: Respiratório		
CD: Suf TC Briso (Cervical)		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm
RX Perno (E) / Tórax		

TOMOGRAFIA

Data:

Mot:

Tou:

Ao. HR / Trueto

Co. 200.000.000

Dr. Marcio Freire
MR Alena

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐				Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora			
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:		

E: Exposição/Abdômen:

NOR quadro de moto
sem perda de conc
GCS, motor e foto
sem deficit motor

Diagnóstico Inicial:

aguardando TC crânio e col cervical

Cod. Procedimento

Conduta:

Cristina B. Heinrich
Neurocirurgia Funcional
CREMEPE 30839

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Óbito

☐ Piorado

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 10-Set-19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HR RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: *Henrique Oliveira* Registro: *Henrique Oliveira*

Clinica: *DA SILVA* Box/Leito/Enfermaria:

CID= *S821*
a tsq, 49 dias
pós op. Suar
corça com cicatr
a ocluir 60
dias, suar corça
para mmi + Freno
de modo

Data: *05/11/19* Ass. Cabeço Médico/CREMEPE

Dr. Henrique Costa Santos
Otorrinolaringologista
CRM 10537

COD. 0340





Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-8966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**
(RQ-06)

Nº 060486

1ª Via Fixa

Hospital: HR Convênio: RB-1692871 Cidade: RECIFE-PE
Nome do Paciente: HELIKA GONCALVES DA SILVA Data da Cirurgia: 16/09/19
Médico: D. THAYSSA Membro Operado: MIC

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
01 BASTÃO CANULADO 6,5 (nº 70)	—	01 UNID	

FATURADO

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 10/09/2019 21:25

Nome Paciente:	HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	26/04/1979
Sexo:	Feminino
Idade:	40
Senha:	U0038
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 10/09/2019 21:27 - 10/09/2019 21:28

LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO HA 01 HORA, PACIENTE ERA PASSAGEIRA DA MOTO, ECG 15, FRATURA EXPOSTA EM MID

Medicamento(s): NAO

Observação: SAMU RECIFE

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

11/9/14 # NCR#

Paciente vítima de acidente de trânsito
sem perda de consciência, sem vômitos e dor cefálica
sem queixas no momento

ECG 15, insere, R+M ⊕

to cômico:

Coluna cervical em posição neutra

cd: Vite de NCR
a traumatologia

10/09/2019 21:28
LARISSA MORELIA SÁ
ENFERMEIRO(A)

Acolhido(a) por: LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/09/2019 21:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Herika Guellherma da Silva Nº do Registro: 1480466

Clinica: Proctologia Nº do Leito:

Operador: Dr. Jorbar

1º Assistente: Dr. Thiago Augusto 2º Assistente:

Instrumentador: Anestesista: Dr. Rafaela

Anestesia: Raqueamento Duração:

Data da Operação: Início: Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de fêmur proximal e
em osso + lesão extensa em

Diagnóstico Pós-Operatório: perna e joelho e

Operação Proposta: Debridamento + limpeza + Exatense
de corpo estranho

Operação Realizada: Iguais

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) Paciente em DDH sob anestesia
- (2) Rotina pré-operatória
- (3) Observe ferimentos extensos com pequenos
- expansões e áreas operatórias. + perda tissular
- significante + presença de material (corpo estranho,
- (4) Exatense de corpo estranho + limpeza e
- debridamento
- (5) Debridamento extenso de ferimentos (teorais
- musculares e contaminados)
- (6) Limpeza e debridamento extenso
- (7) Sutura por planos, dga, limpeza
- (8) Sutura por planos
- (9) Curativos

(Assinatura)
Dr. Thiago A. Silva
CRM: 12345



[illegible]

Encaminado

☐ Acordado

☐ Solicitado

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart. / Ent.

☐ UTI

☐ Externo

COD: 0152

PACIENTE

REGISTRO 1652894

40 años

CIRURGIA *Chomona / Desbrida*

data 10/09/19 CIRCULANTE

Kenya

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICAÇÃO	QUANT.	MEDICAÇÃO
1	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
1	Agulha 40x12		Fio de seda		Agua destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocafina <i>pena</i>
1	Agulha de bloqueio (nº 25)		Fio simples		Alfentanila (rapidon)		Neostigmine
1	Atad. Crepe 20 cm		Fita cardiaca		Antibiótico <i>Allopurinol</i>		Pancurônio
	Atad. Gessada	1	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº 05 (2)		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cal. venopuncção nº	1	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
1	Cat. de oxigênio		Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron		Soro fisiológico <i>300ml</i>
	Câra óssea		Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()	1	Seringa insulina () 5cc ()		Diazepam		Soro glicosado
1	Compressa cirúrgica		Seringa 10cc () 20cc ()		Diplona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias	1	Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Tracrium
1	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()		Eflerfina (efortil)		Vitamina K
	Fio cromado		Sonda uretral nº ()		Fenitoina (hidantal)		Xilocaina C/A
	Fio cromado		Torneira de 3 vias		Fentanil		Xilocaina S/A
	Fio de aço	1	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocaina 2ml
	Fio de aço	1	Fio <i>Unil D</i>		Gelafundin		Xilocaina <i>ggela</i>
	Fio de algodão c/a				Glicose 10ml		<i>Cetopropeno</i>
	Fio de algodão c/a				Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a				Heparina		
	Fio de algodão s/a				hidrocortisona		
1	Fio de nylon 2-0				Hypnomidate		
1	Fio de nylon 3-0				isoflurano		
	Fio protene c/a				Lanexat (flumazinil)		
	Fio protene c/a				Manitol		
	Fio protene s/a				Meperidina (Dolantina)		

Cod. 0198





REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚGICO HR

PACIENTE: Henka Guilherme da Silva (516) REGISTRO: 1692891
IDADE: 40 anos SEXO: M () F (x) SETOR DE PROCEDENCIA: Emergência Adulto (Gr)

1-EQUIPE CIRÚRGICA
CIRURGIÃO: Dr. Jairo ANESTESISTA: Dr. Rafael
1ª AUXILIAR: Pr. Thiago 2ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
ENFERMEIRA: Marcelina CIRCULANTE: Ronald

2-DADOS DA CIRURGIA:
CIRURGIA: Emprego + Desbridamento de extenso Ferimento de Perna (F) INÍCIO: 00:00 TÉRMINO: 00:50
TIPO DE ANESTESIA: Raque INÍCIO: 23:40 TÉRMINO: 00:55

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (x) ORIENTADO (x) SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA (x) ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA 71 PULSO 70 PA 126x66
PELE: ÍNTEGRA () LESIONADA (x) DIURESE: ESPONTÂNEA (x) SONDAS () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: _____ PERTENCERES: _____
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM () NÃO (x) PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO (x)

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO (x) LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: _____
CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: _____ FINAL: _____ CONTROLE DE PERFURDES: FIO ABULHADO: INÍCIO: _____ FIM: _____
ANTI-REFLUXO: PROFIÁTICO: SIM (x) NÃO () QUAL: Glaxia 2g HORA: 23:45 PREENCHEL: COTA: SIM () NÃO (x)
GARROTEAMENTO: SIM () NÃO (x) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: _____ FINAL: _____
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: sem CONFERIDO POR: Rafael + CMC HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR (x) OXÍMETRO (x) CAPNÓGRAFO (x) PNI (x) ASPIRADOR MONTADO (x) MANTA TÉRMICA () AP.VÍDEO () TORPEDO DE NITROGÊNIO () TORPEDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATÔMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
INSTRUMENTAIS CONSIGUIRADOS: SIM () NÃO (x)

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

CITÓLOGO PATOLÓGICO: SIM () NÃO (x) NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: _____
DELUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____
CULTURA: SIM () NÃO (x) EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) GASOMETRIA: SIM () NÃO (x) RX: SIM () NÃO (x)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *HELENA BEI VENTURA DA SILVA*

Nº do Registro : *1672841*

Clínica : *TRAUMATOLOGIA*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. Felipe Lourenço*

1º Assistente : *Dr. Manoel*

2º Assistente : *Dr. Marcos Lourenço*

Instrumentador :

Anestesista : *Dr. Raulson*

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : *16/09/19*

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fratura do fêmur distal (E)*

Diagnóstico Pós-Operatório : *Amputado*

Operação Proposta : *Espectroscopia com Amputação 65*

Operação Realizada : *Amputação*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

*(1) Paciente em sala 505
ANESTESIA (2) ROTINA NECESSÁRIA + CAMAS
ESTERILIZADAS (3) INICIO DO FIO PIA PELO FEMUR
DO JOELHO (4) (CONTINUAÇÃO DO FIO - A ATIVIDADE).
(5) AMPUTAÇÃO A 65 CM DO FEMUR (6) FIO PIA COM
PNEUMATO ELASTICO 65 Nº 70. (7) FIO PIA (8) AMPUTAÇÃO
ESTERILIZADA*



TIPO QI
DATA: _





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Henrique Guilherme

do Rocha

1410466

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/09/2019 00:50

Transtorno de ansiedade

HD: fratura de tíbia proximal sem desvio
Fracmento extenso em péso e

Requer internação e internamento
cirúrgico (neste ato operatório)

Procedimentos realizados com sucesso
e sem intercorrências.

A S R

Sigla clínica

Colar todo coropodado em mte (superior).

Obs.: paciente pré-operatório com TCE
leve (GCS 15), sem vômitos, sem náuseas,
sem dor no local de intervenção, sem comu-

nas. Não altera em exame físico e no
exame físico (mov. ativo e passivo) sem
dolor. Retirado colar cervical e mba pl
tudo cirúrgico.

Dr. Jairo Silva Filho
Cirurgião de Traumatologia
CRM: 17458, RBO: 12286

Dr. Jairo Silva Filho
Cirurgião de Traumatologia
CRM: 17458, RBO: 12286

11/09/19

#5RPRH

06:50 Paciente em PO de fratura de tíbia proximal, ad-
adada pela Traumatologia sob raquiometria sem intercorrências.
No momento, paciente acordada, consciente, orientada, eufórica, de-

1000 PERMANENTE DO ABO NÚM

COD. 0123





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Herika Gutierrez de Silva

1692891

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/09/2019

* 22:10

A name to logic / ontology

* Presente uma de colícos noturnos com
nos com Refere com um pena e
Alergia: neg . Características: neg
* Do expiratório:

* So expensive:

✓ 2 Dec 2018 AMB, my husband.
comparado

MIE - fomento externo + sub
universaliza exportos o'raa + presenja
de coyo en dracho (urabla). +
unquasculu p'asando.

* CO: Salado Rx

Presentig or not.



1. *Thiopsis* L. Fern.
 2. *Thiopsis* L. Fern.
 3. *Thiopsis* L. Fern.

23:20 Mela Tle. gbsgaw = 15. s/202 control to Exmo.

la pelve = a / bas

Ques 6 = Foot from proximal side?

☐ AC Block Core

Dr. J. Carlos Silva Filho
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-SP 174.928

18/09/19
curativo
Rita

12/09/19
curative,
Pita

15.09.19

COD. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Felipe da Silva de Souza

EVOLUÇÃO CLÍNICA

16/09/19 7. Traveleto Aguiar

Não Operado

Paciente admitido no setor de cirurgia a pedido do médico, apresentando fratura exposta do fêmur direito.

Exame físico: paciente consciente, orientado, sem sinais de choque.

Exame de laboratório: hemograma em andamento.

Diagnóstico: fratura exposta do fêmur direito.

Tratamento: cirurgia de urgência.

Medicamentos: analgésicos, antibióticos.

Prognóstico: bom.

Assinatura: [Assinatura]

SRPA DIA # 16/09/19

Admito paciente no POK de tratamento cirúrgico de Fratura exposta, sem intercorrências. Recebo em ambiente. Nega queixas no momento.

As nome, EBB, consciente, eupneica, hidratada.

AEV: per um 21, BNF 1/1. FC = 90 bpm, SpO2 = 98%.

aa; AR: MV+ em ABT, 4/RA. PA = 180x90.

ABD: globoso, flácido.

CD: pla da srpa após efeto anestésico.

Jackson Junior

CRM/PE 26152

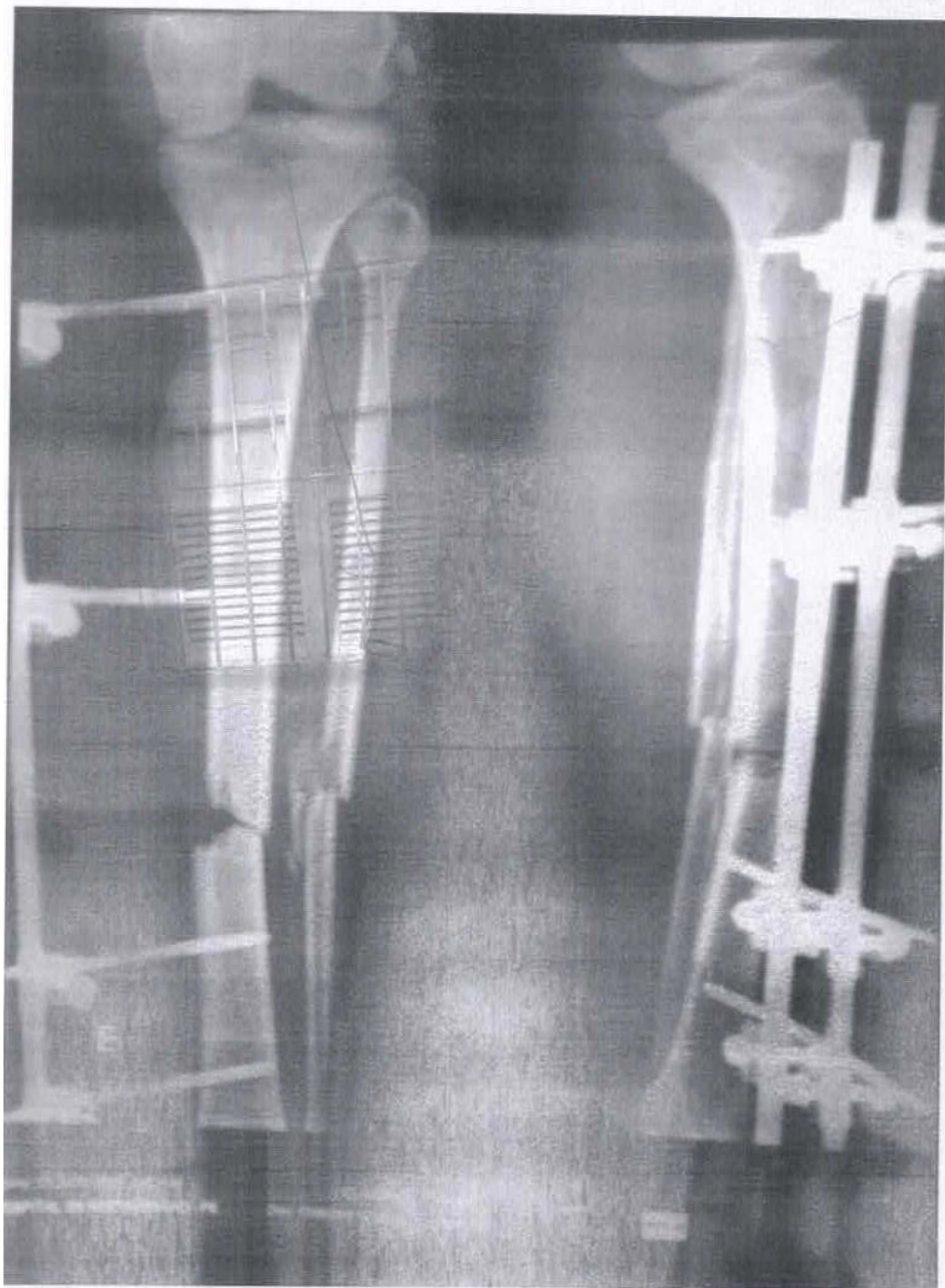
COD. 0123

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:23:37



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CLAYTON AMILTON DE OLIVEIRA FREIRE

RG 4018605 ADM PE

CPF 088.159.494-57 DATA NASCIMENTO 14/08/1984

PLACADO
 MILTON HENRIQUE FREIRE
 O
 MARIA SONIA DE OLIVEIRA
 A

PERMISSÃO
 04887857303
 VALIDADE 17/04/2030
 27/12/2005

ASSINATURA

Clayton Amilton de Oliveira

RECIFE, PE DATA EMISSÃO 15/12/2019

PERNAMBUCO

1559888220



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Instrumento Procuratório

Através deste instrumento procuratório se faz Outorgante Sr(a):
HERIKA GUILHERME DA SILVA
cujo RG: 5077587, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em
27/06/2009 cujo CPF: 037063644-92, e residente no
endereço: TRAUSSA PARAGUASSU

Nº 100, Bairro: ZUMBI, cidade: RECIFE
UF: PE, CEP: 50711-001

Atribuindo poderes ao outorgado Srº Cleomenes Ancillon de Oliveira Pequeno, cujo RG: 6018605, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em 09/07/2004, cujo CPF: 056.159.494-57, e residente no endereço: Rua Engenho Água Doce, Nº 168 A, Bairro: Imbiribeira, Cidade: Recife – UF: PE, CEP: 51150-030.

Dos poderes: O presente documento outorga poderes para o fim especial de representar o outorgante em sua presença ou mesmo em sua ausência nas questões pertinentes a informações, atos administrativos e/ou judiciários que se fizerem necessários na movimentação e conclusão de processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Data do acidente:

Tipo de cobertura:

RECIFE, 19 de NOVEMBRO de 20 19



Hérica Guilherme da Silva

Assinatura reconhecida em cartório por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448603/19

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

CPF: 037.063.644-92

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 10/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HERIKA GUILHERME DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO : 056.159.494-57

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

HERIKA GUILHERME DA SILVA : 037.063.644-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
CPF: 056.159.494-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Steffany Caroliny Lins Veloso





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696152

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HERIKA GUILHERME DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

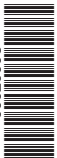
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15249719

Pag. 00015/00016 - carta_01 - INVALIDEZ

00020008





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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696152

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HERIKA GUILHERME DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004048

Conta: 000060002882-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Pag. 01171/01172 - carta_15R - INVALIDEZ

00020586





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDAS CADASTRAIS:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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: Santander

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 de 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado Judicialmente

☐

Víduo

☐

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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOANA BEZERRA - DP3ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0093002173**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/11/2019** às **15:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/9/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 1, AVENIDA BEIRA RIO - EM FRENTE A ACADEMIA DA CIDADE - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GILSON JOSE AMORIM REIS (VITIMA)
HERIKA GUILHERME DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GILSON JOSE AMORIM REIS**

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

GILSON JOSE AMORIM REIS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA REIS** Pai: **GILSON AMORIM REIS** Data de Nascimento: **22/2/1977** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5091383/SDS/PE** (RG) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81981823398**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 100, TRAVESSA PARAGUAÇU - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

HERIKA GUILHERME DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **GICELA MARQUES DA SILVA** Pai: **JAIME GUILHERME DA SILVA** Data de Nascimento: **26/4/1979** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5077587/SDS/PE** (RG) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81986601699**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 100, TRAVESSA PARAGUAÇU - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GILSON JOSE AMORIM REIS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752**



INFORMA AS VÍTIMAS QUE TRANSITAVAM EM UM A MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752 NO BAIRRO DE JOANA BEZERRA, QUANDO O AUTOMÓVEL DE MARCA/MODELO FIAT PALIO ATTRACTIV, PLACA PGH 2328, COLIDIU COM OS MESMOS; QUE FORAM SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, Nº DO ATENDIMENTO: DA - 115.09.2019, DATADO DE 04/10/2019, REFERENTE AO ATENDIMENTO DE GILSON JOSE AMORIM REIS E Nº DO ATENDIMENTO: DA 116.09.2019, DATADO DE 10/10/2019, REFERENTE AO ATENDIMENTO DE HERIKA GUILHERME DA SILVA; QUE HERIKA GUILHERME DA SILVA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO Nº 1692891, Nº DO ATENDIMENTO: 01480939 E GILSON JOSE AMORIM REIS FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO Nº 833430, ATENDIMENTO Nº 01480783; AMBOS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Gilson José Amorim Reis
GILSON JOSE AMORIM REIS

(VITIMA)

8 Herika Guilherme da Silva
HERIKA GUILHERME DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS TRAVASSOS MOTA** - Matrícula: **2213915**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDAS CADASTRAIS:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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: Santander

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 de 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

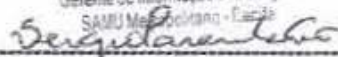


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	116.09.2019
DATA	10.10.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **CLAÚDIA MARIA AMORIM REIS PEREIRA**, portadora do Documento de Identidade nº **5020692** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **024.127.944-56** declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-679352**, que no dia 10 de setembro de 2019, a paciente Sra. **HERIKA GUILHERME DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5077587** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **037.063.644-92**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 21h20, na Avenida Gov. Agamenon Magalhães, em frente a Academia da Cidade, imediações do Fórum Rodolfo Aureliano, no bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE e, direcionada para Hospital da Restauração. Recife, 10 de outubro de 2019.

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



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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERIKA GUILHERME DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04048

CONTA: 000060002882-4

Nr. da Autenticação 4140BB07203B372F



USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

☐ AUSENTE
☐ FALTOSO
☐ RECUSADO
☐ NÃO-RECEBIDO
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO
☐ OUTROS (ESPECIFICAR) _____

NÚMERO DO RESPONSÁVEL _____




 CTC RECIFE PE 1
 GIZELE DA SILVA REIS
 TRAVESSA PARAGUASSU 100
 ZUMBI
 50711-021 RECIFE - PE

00132285


 7209036539571800000380813130020819
 POSTAGEM: 02/08/2018 VENCIMENTO: 20/08/2018

\$

DE\$CONTO!



TIM

FAC

9912343888/2014-DR9RJ
TIM

Correios



CTC RECIFE PE PL1
CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
R ENGENHO AGUA CLARA 168
IMBIRIBEIRA
51150-040 RECIFE - PE



05



DEVOLUÇÃO
ELETRÔNICA
Correios

PARA USO DOS CORREIOS

- ☐ 01 - INDECO-SE
- ☐ 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE
- ☐ 03 - NÃO EXISTE Nº ENDEREÇO
- ☐ 04 - FALSO
- ☐ 05 - DESCONHECIDO
- ☐ 06 - RECUSADO

- ☐ 07 - AUSENTE
- ☐ 08 - NÃO PROGRAMADO
- ☐ 09 - OBJETO DANIFICADO
- ☐ 10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
- ☐ 11 - SALTA COMPLETADO (SALTA FIM)
- ☐ 12 - CAIXA POSTAL CANCELADA

Assinatura do remetente (assinatura)

_____/_____/_____
Rubrica do Remetente

Assinatura

Devolução Eletrônica - CEDO

CAIXA POSTAL 19568
CEP 80.231-970 - CURITIBA - PR



3614049716828920000000125230261119
Kerbel_3614049716828920000000125230261119

