



Número: **0001015-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GERONIMO DA SILVA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57368222	04/02/2020 11:04	2690375_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00010156920208172001

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 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 **JOSE GERONIMO 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 **25/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 19/07/2019.

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.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA 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 **19/07/2019 após 05 MESES da data do alegado acidente noticiado.**

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 25/02/2019, 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!

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;



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.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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:

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)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190459849 Cidade: Olinda Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA Data do acidente: 25/02/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 08 E 09.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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."

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.

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



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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 **25/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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:	26/08/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GERONIMO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000010317-6

Nr. da Autenticação A04CDEAF3D30C289

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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



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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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.”

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



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

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

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

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

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

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

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

⁷ art. 1º. (...)

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



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, 3 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/02/2020 11:04:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020411045143900000056428353>
Número do documento: 20020411045143900000056428353

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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE GERONIMO DA SILVA**, em curso perante a **14ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00010156920208172001.

Rio de Janeiro, 3 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: **0001015-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GERONIMO DA SILVA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57368223	04/02/2020 11:04	anexo 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190459849 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 08 E 09.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262990/19

Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA

CPF: 428.609.204-63

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: JOSE GERONIMO DA SILVA

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
DUT

JOSE GERONIMO DA SILVA : 428.609.204-63

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: 02/08/2019
Nome: JOSE GERONIMO DA SILVA
CPF: 428.609.204-63

JOSE GERONIMO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262990/19

Número do Sinistro: 3190459849

Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA

CPF: 428.609.204-63

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 25/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GERONIMO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE GERONIMO DA SILVA : 428.609.204-63

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: 07/08/2019
Nome: JOSE GERONIMO DA SILVA
CPF: 428.609.204-63

JOSE GERONIMO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190459849

Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GERONIMO 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 14651630





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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190459849

Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE GERONIMO DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01839/01840 - carta_03 - INVALIDEZ

00060920



Carta nº 14651703





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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190459849

Vítima: JOSE GERONIMO DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GERONIMO 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE GERONIMO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000917**

Conta: **0000010317-6**

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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	428.609.204-63	JOSE GERONIMO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
JOSE GERONIMO DA SILVA		428.609.204-63
Profissão:	Endereço:	Número:
Autone	RUA UM	70
Complemento:	Cidade:	CEP:
	OLINDA	53070-400
Estado:	PE	Tel.(DDD):
		81-98332-5642

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ 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: 0917 ☐ CONTA: 10317 ☐ 6

(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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário ou representante legal Assinatura do representante legal (se houver)	Local e Data, OLINDA 29/07/2019	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura
	Nome: _____	
	CPF: _____	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

1 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0116002111**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2019** às **15:59**

Complementa o BO Número: **19E0116002108**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados), que aconteceu no dia **25/2/2019** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NAPOLES, 1** - Bairro: **RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A GARAGEM DA CIDADE ALTA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ GERONIMO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA NÃO IDENTIFICADA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ GERONIMO DA SILVA

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

JOSÉ GERONIMO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ESTER FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **22/1/1956** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2182103/SDS/PE (RG)** **42860920463 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 985404086**

Endereço Residencial: **RUA UM, 70 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO BAR DO TRICOLOR**

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ GERONIMO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ GERONIMO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**



Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **KHS6704** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

ÔNIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**

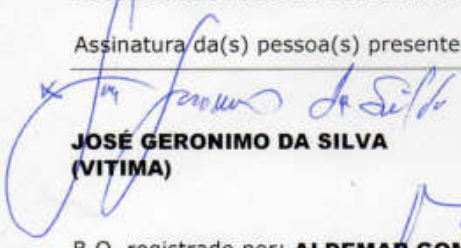
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

NESTA DATA VEIO A ESTA DELEGACIA INFORMAR E PEDIR PROVIDÊNCIAS DE QUE NAQUELE DIA ACONTECEU O REFERIDO ACIDENTE PPIS ESTAVA CONDUZINDO A ALUDIDA MOTO POR AQUELA AVENIDA QUANDODE REPENTE SURTIU O ÔNIBUS EM SUA LATERAL ESQUERDA ENTÃO USOU OS OS FREIOS E DESEQUILIBROU VINDO A CAIR E SOFRENDO FRATURA EXPOSTA EM SUA PERNA ESQUERDA E QUE SEU SOBRINHO -DE NOME DOUGLAS CHAMOU UMA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS LOCAL ONDE FOI ATENDIDO E CIRURGIADO.
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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


JOSÉ GERONIMO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALDEMAR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3809323**



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:
	428.609.204-63	JOSE GERONIMO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
JOSE GERONIMO DA SILVA		428.609.204-63
Profissão:	Endereço:	Número:
Autone	RUA UM	70
Complemento:	Cidade:	CEP:
	OLINDA	53070-400
Estado:	PE	Tel. (DDD):
		81-98332-5642

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ 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: 0917 ☐ CONTA: 10317 ☐ 6

(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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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.

Assinatura do representante legal (se houver)	Local e Data, OLINDA 29/07/2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	
	CPF: _____	
	Assinatura	
Assinatura do Procurador (se houver)	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
	Assinatura	
	Assinatura	

(*) 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.

1 V001/2018

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **466972**

Usuário: HANNESSAKCCA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSE GERONIMO DA SILVA** Prontuário: 67000
Idade: 63a 1m 4d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 22/01/1956
Profissão : Escolaridade : Telefone: 81-86616244 CEP 53080422
R.G.: 21822103 C.P.F.: 42860920463 , 70 - RIO DOCE - OLINDA - PE
Endereço: QUARENTA E UM
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 25/02/2019 14:47
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA02
Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 28 03 19
Endereço: - Numero: CLAUDEVAN EDUSA
Telefone: Cidade: Estado civil : Elms.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 04 / 03 / 19 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico Principal.....

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....

Francisco Couto
CRM 13246 - TEOI 7447
Traumato Ortopedia

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em ____ de ____ de ____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



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:	26/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GERONIMO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000010317-6

Nr. da Autenticação A04CDEAF3D30C289





JOSE GERONIMO DA SILVA
RUA UM 00070 1 ETAPA
RIO DOCE
53070-400 OLINDA PE



CARTAO C&A MC NACIONAL
Vencimento 13/06/2017
Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 30/06

Central de Atendimento BradesCard

REG.METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITAIS 4004-0127
OUTRAS LOCALIDADES 0800-7010127

Limites de Créditos

Compras R\$ 1.130,00 Saque R\$ 226,00

Parcelado* R\$ 0,00

	% a.m.	% a.a.	CET a.a.
Juros Remuneratórios	9,39%	193,58%	211,74%
Crédito rotativo	7,90%	149,03%	184,42%
Parcelado rede	7,90%	149,03%	184,42%
Parcelado loja	9,39%	193,58%	211,74%
Retirada/saque (1)	9,29%	190,38%	208,33%

(1) Será cobrada tarifa de até R\$ 16,00 por operação.

- * Multa 2,00% a.m.
- * Juros de mora 1,00% pro rata
- Taxa máxima de juros para a próxima fatura 19,99% * CET ao ano 846,25%
- * Serviços com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Diário (0,0082%).

Saldo Anterior (R\$)	Crédito e Pagamento	Débitos	Total Nacional
599,08	-	599,08 + 1.098,13	= 1.098,13
Saldo Internacional (US\$)	Cotação Dólar	Data da Cotação (US\$)	Total Internacional
0,00	*	0,00	= 0,00

TOTAL DESTA FATURA
R\$ 1.098,13

DIC-000-AP0-PAF

A partir de 03/04/2017, toda vez que precisar financiar o valor da fatura por mais de 30 dias, o BradesCard oferecerá a você uma melhor opção de faturamento Parcelado Fácil. Sua taxa de rotativo será 9,39% a.m..

Os impostos incidentes sobre as operações contratadas, conforme a legislação em vigor (inclusive IOF) poderão ser incorridos. ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o Cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura e o valor pago. Optando pelo pagamento do valor mínimo serão cobrados encargos contratuais de até R\$ 184,00 integralmente até o vencimento da fatura subsequente, será parcelado.



Bradesco

237-2

23794.15009 90024.533698 70000.

(Pág. 1)

Cartão

Data 13/05 Descrição Saldo Anterior

Movimentações Nacionais

JOSE GERONIMO SILVA	
30/09	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT
25/02	TEND TUDO OLIND
28/03	SUMUP*FACUNDESFILHOCIA
19/04	MERCADO RIO DOCE OLI
19/04	GE E GIL MOTOS OLINI
09/05	J PEREZ F PECAS E ACES OLI
10/05	GE E GIL MOTOS OLINI
18/05	PAGAMENTO RECEBIDO - OB
22/05	FARMACIA TD RIO DOCE OL
24/05	FERREIRA PINTO OLINI
31/05	TARIFA AVAL EMERG CREDIT
31/05	PROT PERDA-ROUBO
31/05	JUROS FINANCEIROS *
31/05	JUROS DE MORA
15/05	MULTA POR ATRASO

TOTAL NACIONAL

Juros da(s) Parcela(s) de Compra

Juros da(s) Parcela(s) de Saque

Juros da Fatura Parcelada/Parcelat



CNPJ 09.762.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES GETULIO VARGAS - IMB. 68895 - BA
11000 NOVO OLINDA PE 53070-400

DADOS DO CLIENTE
JOSE GERONIMO DA SILVA MATRICULA: **14879823 JULH/2019**
RUM, N 00070 1 ETAPA RIO DOCE OLINDA PE 53070-400

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO
HIDRÔMETRO A13B054825	DATA LST ANTERIOR 30/06/2019	DATA LST ATUAL 30/05/2019	

ÁGUA:
LST ANT: 464 CONSUMO: 11
LST ATU: 475
LST FAI: 475

ESGOTO:
LST ANT: VOLUME: 11
LST ATU:
LST FAI:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	M3	M3/M3	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
				X10. PORT. APALISES MS. 2.916/11 REALIZ	ATEENH A LEGIS	
07/2019	10	730		174	174	103
08/2019	10	730		174	174	120
09/2019	01	730	COR APARENTE	174	174	125
10/2019	08	730	TIPO RESIDUAL	174	174	124
11/2019	05	730	COLIF. TOTALS	174	174	124
12/2019	01	730		174	174	124

MEDIA: 06 / 730 Quantidade de Água: mm.compesa.com.br

Obs.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 R\$ 4,74 POR M3	1 M3	4,74
ESGOTO 50,00% DO VALOR DE ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 20,65 POR UNIDADE	10 M3	20,65
11 M3 A 20 M3 R\$ 2,37 POR M3	1 M3	2,37
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 04/12		27,74
DEBITA P/INQUILINIA IDADE 10/2018		1,79
JUROS DE MORA 07/2018 08/2018		1,54



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ALEXSANDRA DA SILVA,
RG nº 8 861 587, data de expedição 19/10/2009
Órgão SOS, portador do CPF nº 092.686.294-45,
com domicílio na cidade de OLINDA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA AV ANAPOLAS, nº 729,
complemento BLOI AP102, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
JOSE GERONIMO DA SILVA, cujo o condutor era
JOSE GERONIMO DA SILVA.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA Ano: 2010/2011
Placa: KHS-6704 Chassi: 9C6K60460B0008296
Data do Acidente: 25/02/2019

Cartório

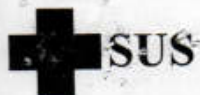
Local e Data: OLINDA 29/07/2019

Alexsandra da Silva

Assinatura do Declarante

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





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSE GERONIMO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	67000
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898000160855162	22/01/1956	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	ESTER FERREIRA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8186616244
13 - Nome Responsável	VALMIR FERREIRA			14 - Telefone de Contato	81-86616244
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	QUARENTA E UM, 70 - RIO DOCE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53080422		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 HORAS, EVOLUINDO COM DOR FERIMENTO E DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA, AO NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, CEFALIA, NAUSEA E VOMITOS, NEGA DOR ABDOMINAL, SEM SANGRAMENTO ATIVO

21 - Condições que justificam a Internação
AS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME CLINICO E RADIOLOGICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA	S827	W199 V29.9	04.08.05.054.3

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016000814998
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	25/02/2019	16863	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
	Francisco Couto CRM 13246 - TEOT 7447 Traumatismo Ortopedia

AIH
261910215279-9

AIH
261910215280-0

Código do Laudo: 466899



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **466972**

Usuário: HANNESSAKCCA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSE GERONIMO DA SILVA** Prontuário: 67000
Idade: 63a 1m 4d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 22/01/1956
Profissão : Escolaridade : Telefone: 81-86616244 CEP 53080422
R.G.: 21822103 C.P.F.: 42860920463 , 70 - RIO DOCE - OLINDA - PE
Endereço: QUARENTA E UM
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 25/02/2019 14:47
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA02
Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 28 03 19
Endereço: - Numero: CLAUDEVAN EDUSA
Telefone: Cidade: Estado civil : Ems.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 04 / 03 / 19 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico Principal.....

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....

Francisco Couto
CRM 13246 - TEOI 7447
Traumato-Ortopedia

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em ____ de ____ de ____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/02/2019 11:12



Nome Paciente: JOSE GERONIMO DA SILVA
Cód. Paciente: 67000
Data de Nascimento: 22/01/1956
Sexo: Masculino
Idade: 63
Senha: 0016
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 466899
SAME: 58064



Período: 25/02/2019 11:26 - 25/02/2019 11:28

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO POR BOMBEIROS COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 1 HR, COM QUEIXA DE DOR EM HTE AO RESPIRAR E DOR EM MIE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NÁUSEAS OU VOMITO

Observação: NEGA ALERGIAS, HAS E DM

Fisioxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 89.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/02/2019 11:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 466899 **Prontuário:** 67000 **SAME:** 58064 **Hora Atend:** 11:14 **Data Atend:** 25/02/2019
Paciente..... : JOSE GERONIMO DA SILVA **Idade:** 63 a
Endereço..... : QUARENTA E UM
Bairro..... : RIO DOCE
Cidade..... : OLINDA **UF..:** PE **CEP:** 53080422
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA **Plano....:** PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 25/02/2019 **Hora Saída :** 14:46

Prestador da Evolução Médica: **FAGNER FONSECA DE ATHAYDE**

DIAGNOSTICO
ENF CAMILA

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE / 16863
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 466899

Senha da Classificação:

0016

Data e Hora: 25/02/2019 11:14

Paciente: 67000 JOSE GERONIMO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/01/1956 Idade: 63 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ESTER FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: QUARENTA E UM

70

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queda de moto há ± 1 hora
relatando de contusão em membros
Relato do seu HFD e hemitorax (E)

Exame Físico

Ext. B. Lado, Lado, Lado, Lado, Lado
HFD, Lado, Lado, Lado, Lado
Lado Lado
Lado Lado, e Lado Lado Lado Lado

Hipótese Diagnóstica

① Fratura

Prescrição Médica

① Dificuldade de urinar - 11/20

Dr. Eduardo Godoy
CRM: 15941
Urologia

RX TÓRAX e BACIA SEM ALT.

*CD: 1) ALTA DA CG → AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Eduardo Godoy
Cirurgia Geral
CRM: 24564

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

13:00

feito ANÁLISE DE RX
HDI: fratura dos ossos da perna
(E) ... / Ao Risco

Dr. Sérgio M.
Ortopedia Trauma
CRM: 25.41





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:JOSE GERONIMO DA SILVAREG:67000

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
25/2/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
13:00	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3 HORAS COM DOR EM PERNA ESQUERDA TRAZIDO PELOS
	NEGA NAUSEA VOMITOS CEFALIA PERDA DE CONSCIENCIA
	A- VA PERVIAS EM USO DE PRANCHA RÍGIDA
	B- MV + SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS FR 14 IRPM SAT 99%
	DOR A PALPAÇÃO DE HEMITORAX ESQUERDO
	C- SEM SANGRAMENTO ATIVO ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO FC 89 BPM PA 140X90 MM HG
	D- GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES
	NEGA CEFALIA
	E- FERIMENTO DEFORMIDADE EM MIE, NV PRESERVADO
	FX FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA
	HD: FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA
	CD: INTERNAÇÃO
	ATB SAT VAT ANALGESIA
	AO BLOCO
26/02/19	
07:30	# SAT # 1º DO CC + DC + Sutura + RFF + Extor Inmuntaculo TMB ③ Pare nte Estavel, o nte o espera no

(6) See Lakanto no
See Re op.



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 03/03/2019

Hora.....: 13:28

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54975

Paciente : 67000

Convênio Atend. : 1

Leito : 65

Dt. Início : 03/03/2019 09:40

Cid Pré-Operatório : S823

Cid Pós-Operatório : S823

Sala : 0002 SALA 02

JOSE GERONIMO DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-510-LEITO 001

Dt. Fim : 03/03/2019 12:00

Atendimento : 466972

Carteira :

Idade : 63 Anos

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

INTERVENÇÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI DE FIBULA COM PLACA EM PONTE + RFFI DA TÍBIA COM PLACA EM PONTE

OPERADOR: DR LUIZ CARVALHO

1º AUXILIAR: DR ÍCARO MÓLIM

INSTRUMENTADOR: ELAINE

ANESTESISTA: DR PEDRO

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO
3. ASEPSIA + ANTISSEPSIA DE MIE
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
5. INCISÃO LONGITUDINAL EM TOPOGRAFIA DO MALEOLO LATERAL + DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA + REDUÇÃO DA FRATURA COM FIXAÇÃO DA MESMA COM PLACA EM PONTE 1/3 DE CANO COM 8 FUROS, 3 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM E 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS ROSCA TOTAL 3,5MM
6. INCISÃO ANTERO-MEDIAL EM REGIÃO DISTAL DO TORNOZELO ESQUERDO + DESLIZAMENTO PELO SUBCUTÂNEO DE PLACA EM T 4,5MM EM DIREÇÃO A REGIÃO PROXIMAL PASSANDO POR FOCO DE FRATURA PARA CONFEÇÃO DE PLACA EM PONTE COM INCISÃO NA PELE E SUBCUTÂNEO EM REGIÃO PROXIMAL DA PLACA NA TÍBIA FIXADA COM 5 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM E 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS 4,5MM
7. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
8. LAVAGEM DAS FERIDAS OPERATÓRIAS COM SF 0,9%
9. SUTURA DAS FERIDAS OPERATÓRIAS POR PLANOS COM VYCRIL E NYLON
10. CURATIVO ESTÉRIL
11. RAIO X DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**Dr. Ícaro Mólím de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 2656028 03 19
FATURADO
CUIDADO UNIDADE
FATURISTADR(A) : LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM : 13925

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 25/02/2019

Hora.....: 17:43

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54861

Paciente : 67000

Convênio Atend. : 2

Leito : 788

Dt. Início : 25/02/2019 16:20

Cid Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01

JOSE GERONIMO DA SILVA

SUS - EXTERNO / URGENCIA

VERMELHO EXTRA-27

Dt. Fim : 25/02/2019 17:20

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 466899

Carteira :

Idade : 63 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 05

Procedimento não Informado (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

Procedimento não Informado

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

16339

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

ANESTESISTA

18468

RAPHAELA FERREIRA DA SILVA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

CIRURGIA: LIMPEZA CIRURGICA + DEBRIDAMENTO CIRURGICO + REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA
TRANSARTICULAR DE TORNOZELO ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR SORMANE BRITO

1º AUXÍLIO: DR PEDRO CUNHA

2º AUXÍLIO : DR IGOR ALCENOR

ANESTESISTA: DRA RAPHAELA FERREIRA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA;

2. ASEPSIA E ANTISSEPSE DE MIE;

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

4. AMPLIADO EXPOSIÇÃO DO FOCO DE FRATURA TANTO DISTAL QUANTO PROXIMALMENTE

DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

5. LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0.9%

6. SUTURA DE PELE COM NYLON 2.0 ;

7. REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TORNOZELO ESQUERDO COM FIXADOR LINEAR

8. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

9. CURATIVO ESTERIL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

28/03/19

DR(A) : SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM : 16339Dr. Igor Alcenor
CRM: 18468
Especialista em Ortopedia e Traumatologia

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE GILMÁRIO DA SILVA REG: 67003
IDADE: SEXO: DATA DA ADMISSÃO 12/02/19 DATA DA ALTA 04/03/19
DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPÔSITA DO OSSO DO PUNHO (E)

TRATAMENTO REALIZADO:

1º Tombo (D.C. + Fixação externa)
2º Tombo (Placa e Parafusos)

ORIENTAÇÃO:

NÃO FUMAR

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (☒) NÃO (☐)
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

15 DIAS



Francisco Couto
CRM 13246 - TEOT 7447
Traumato Ortopedia

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



Atendimento: 466972

Dt Atendimento: 25/02/2019 - 14:47

Dt Alta: 04/03/2019 - 17:11

Paciente: 67000 JOSE GERONIMO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 65 ORTL-510-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: KEILLAACN

CID: S827

FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

KEILLA AMANDA CORREIA DO NASCIMENTO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE GERONIMO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2182103 SSP PE

CPF
428.609.204-63

DATA NASCIMENTO
22/01/1956

FILIAÇÃO
NÃO DECLARADO

ESTER FERREIRA DA SILVA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
00339568721

VALIDADE
27/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
23/07/1998

OBSERVAÇÕES
A
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR
[Assinatura]

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
24/09/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

10844126860
PE066785227

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1107200720

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107200720

Scanned with CamScanner



