



04/02/2020

Número: **0071570-48.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57382569	04/02/2020 13:14	2690686_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00715704820198172001

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 21/09/2019.

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



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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DOCUMENTOS ILEGÍVEIS

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

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;



12

 		SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA FICHA DE ATENDIMENTO		ADESIVO	
Nº REGISTRO 30658		DATA E HORA DO NASCIMENTO 08 09 65		EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL	
PACIENTE JOAQUIM WILLIAM DE LIMA SILVA		PROFISSÃO N/A		IDADE 54	
ESTADO CIVIL CASADO		NACIONALIDADE BR		SEXO M	
Nº DE IDENTIDADE 12345678		ENDEREÇO Rua Padre Licínio		COMPLEMENTO Centro	
BAIRRO Centro		CIDADE Brabata		CELEFONE 12 345678	
ORIENTAÇÃO N/A		PROCEDÊNCIA N/A		MEIO DE TRANSPORTE N/A	
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
DATA 11 06 19		HORA 15:01		ENFERMEIRO N/A	
SITUAÇÃO QUEIXA N/A					
ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO ☐ ALCOOLISMO ☐ DROGAS ☐ INSUFICIÊNCIA RENAL ☐ DOENÇA MENTAL ☐ OUTROS:					
MEDICAÇÃO EM USO: N/A					
PA X mmHg		RHS N/A		FC N/A	
TEMPERATURA OCULAR N/A		RESPOSTA VERBAL N/A		RESPOSTA MOTORA N/A	
ESCORTE N/A		ESCORTE N/A		ESCORTE N/A	
DOE ☐ SIM ☐ NÃO		SUDORESE ☐ SIM ☐ NÃO		PAUZE ☐ SIM ☐ NÃO	
EXAME FÍSICO: N/A					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM N/A					



ATENDIMENTO MÉDICO			
História do Trauma:			
Perda de Consciência:	☐ Sim ☐ Não	Espalho Emético:	☐ Sim ☐ Não
Acidente de Trabalho:	☐ Sim ☐ Não	Tipos:	
Colisão:	☐ Sim ☐ Não	Tipos:	
Atropelamento:	☐ Sim ☐ Não	Local do Impacto:	
Vítima de Furtivo:	☐ Sim ☐ Não	Tipos:	
Queimadura:	☐ Sim ☐ Não	Por:	
Condições de Imobilização Adequada:	☐ Sim ☐ Não	Por Que:	
Exames Físicos:			
Tórax 1/5000 m Color h. pulmonar			
Exames Solicitados: Laboratoriais:			
M4h TUB			
Diagnóstico:			
Exames Especializados: ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ☐ ANGIOGRAFIA			
☐ ENDOSCOPIA ☐ RX ☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐ LCR			
Prescrição Médica: DATA: / / HORA:			
D. TUB 1000 ml OK			
D. LCR 1000 ml OK			
Indicação Cirúrgica: ☐ Sim ☐ Não CLASSIFICAÇÃO FEBRIL: ☐			
DEFINIÇÃO DO CASO			
INTERNO	☐ CIRURGIA	☐ CETO	TERMO DE ALTA PEDIDO ☐ EVOLUÇÃO ☐
TRANSFERIDO PARA:			
INTERNO NA CLÍNICA:	HOM 5103 + 15		
INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL			
CONFIRMAÇÃO DO NOME:	ASSISTENTE SOCIAL		
CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:			
PROVIDÊNCIAS: ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐	ASSISTENTE SOCIAL		
OBSERVAÇÕES:			
AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNO/TRANSFERÊNCIA:			
ENFERMEIRO:	COOREN:	MEDICO:	ORNI:
DATA:	DATA:	DATA:	HORA:
TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNO/ALTA:			
Assinatura do médico responsável pelo atendimento, que declara a realização de todos os procedimentos necessários para a realização do atendimento e a responsabilidade sobre todos os procedimentos que dele são decorrentes.			
DATA:	NOME COMPLETO:		
Nº de Identidade:	ASSINATURA:		
TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:			
Responsabilidade pela realização dos procedimentos necessários para a realização do atendimento e a responsabilidade sobre todos os procedimentos que dele são decorrentes.			
DATA:	NOME COMPLETO:		
Nº de Identidade:	ASSINATURA:		

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

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



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 21/09/2019 após 03 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 11/06/2019, 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!

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.

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: 3190567690	Cidade: Glória do Goitá	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA	Data do acidente: 11/06/2019	Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul		
PARECER				
Diagnóstico: Fratura do calcâneo direito.				
Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta edema em pé direito, limitação dos movimentos da inversão (10 graus) e eversão (5 graus) do pé direito, presença de cicatriz cirúrgica, claudicação da marcha (+++++).				
Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 15 dias.				
Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 10/10/2019				
Conduta mantida:				
Observações:				
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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	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:

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



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

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

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

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria 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 deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 11/06/2019. 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:	16/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00233-X

CONTA: 000000008563-4

Nr. da Autenticação A62E0DDBAFE663F1

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e 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 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 Súmula 474 do STJ.**

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

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

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

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

⁷ art. 1º . (...)

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



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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 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



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 **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00715704820198172001.

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: **0071570-48.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57382570	04/02/2020 13:14	ANEXO 1	Outros (Documento)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **014485237660**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CÓD. RENAVAM: 1591098128 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2019

NOME: JOSEILDA SEVERINA DOS SANTOS GONC

GRAVATA-PE 0

CNPJ: 045.619.844-02 PLACA: PG82519

PLACA ANT. UF: ***** / PE CHASSI: 9C2KCL680ER440858

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / CG150 FAN ESDI ANO FAB.: 2013 ANO MOD.: 2013

CAP. POT. CIL: 2P / 149CL CATEGORIA: PARTIC COB. PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1º VENC. / COTAS: *****

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 80.11 IOF (R\$): 0.32 PREMIO TOTAL (R\$): 84.58 DATA DE PAGAMENTO: 04/02/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

GRAVATA: Roberto Fontella DATA: 26/04/19

ROBERTO CARLOS MORAIRA FONTALLA

DIRETOR PREC



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567690 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS; EXPLORAÇÃO ARTICULAR E OSTEOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 13 - CIRURGIA
@PG 16 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

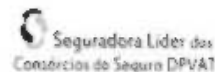
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344844/19

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

CPF: 125.240.668-19

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2019

Titular do CPF: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA : 125.240.668-19

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: 04/10/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA
DATA DO ACIDENTE 11/16/19 CPF DA VÍTIMA 125 240 668 19
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA
ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO
Nº 13 COMPLEMENTO LIVRAMENTO BAIRRO VITÓRIA
CIDADE VITÓRIA UF PE CEP 55602-380
E-MAIL 91 98877-6145 TELEFONE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

D E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 4493761
IDENTIDADE IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
ASSINATURA IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGUROADORA

DATA 4493761
NOME IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
ASSINATURA IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567690 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Fratura do calcâneo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta edema em pé direito, limitação dos movimentos da inversão (10 graus) e eversão (5 graus) do pé direito, presença de cicatriz cirúrgica, claudicação da marcha (+++).

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 15 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567690 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS; EXPLORAÇÃO ARTICULAR E OSTEOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 13 - CIRURGIA
@PG 16 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jarbas Williams de Lira Silva
 Nacionalidade: Brasileira Estado civil: divorciado
 Profissão: Indolente
 Identidade: 5761600 CPF: 125.240.668-19
 Endereço: R. Padre Eliezer 69 GRAVATA

DATA DO ACIDENTE: 11/06/19. COBERTURA: INVALIDEZ

OUTORGADO:

Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: SOLTEIRO
 Profissão:
 Identidade: 4.493.761 SSP/PE CPF: 794.699.224-68
 Endereço: Praca Padre Felix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA

DE SANTO ANTÃO /PE.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

NOME DA VÍTIMA: Jarbas Williams de Lira Silva

GRAVATA /PE 13 DE SETEMBRO DE 2019

LOCAL E DATA:



Jarbas Williams de Lira Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE GRAVATA/PE
 @Belo Horizonte - Minas Gerais - Tel: 31 3333-0225
 Priscila Duarte do Nascimento Silva - Selo Digital - Selo/Bras - Sefomax
 R. Augusto Nakano n. 15 Centro - Gravata/PE - CEP: 55602-360 - contato@oficiodegravata.com

Reconheço a firma por autenticidade de: 13/09/2019 14:39:27
 JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA. Dou fe

Em testemunho Priscila Duarte do Nascimento Silva da verdade.

Priscila Duarte do Nascimento Silva
 Tabela Substituta

Selo: 0073643 BD X08201901 03731
 Custas R\$ 3,99 TSNR R\$ 0,92 Total R\$ 4,91
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
 Usuário: E21R



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344844/19

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

CPF: 125.240.668-19

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2019

Titular do CPF: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA : 125.240.668-19

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: 04/10/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190567690**

Nome do(a) Examinado(a): **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Padre Cícero, 69 - Gravatá - PE - CEP 55642-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **5761600**

Data e local do acidente: [**11/06/2019**] **Ipojuca, PE**

Data e local do exame: [**10/10/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do calcâneo direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta edema em pé direito, limitação dos movimentos da inversão (10 graus) e eversão (5 graus) do pé direito, presença de cicatriz cirúrgica, claudicação da marcha (+----+).

III. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 15 dias.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do pé direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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



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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

Pé direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





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

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567690

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JARBAS WILLIAMS DE LIRA 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 14849410

Pag. 00371/00372 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567690

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01629/01630 - carta_02 - INVALIDEZ

00050815



Carta nº 14860587





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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567690

Vítima: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JARBAS WILLIAMS DE LIRA 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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000000233-X

Conta: 000008563-4

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.

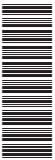
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01391/01392 - carta_15R - INVALIDEZ

00100696



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
12524066819 JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA 12524066819
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
VENDEDOR RUA PE CICELO 63 CASA
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
CENTRO GRAVATA PE 55642-620
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):
(81) 998776195

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA 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: Brasil (001)
AGÊNCIA: 0233 K CONTA: 8563 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ho Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

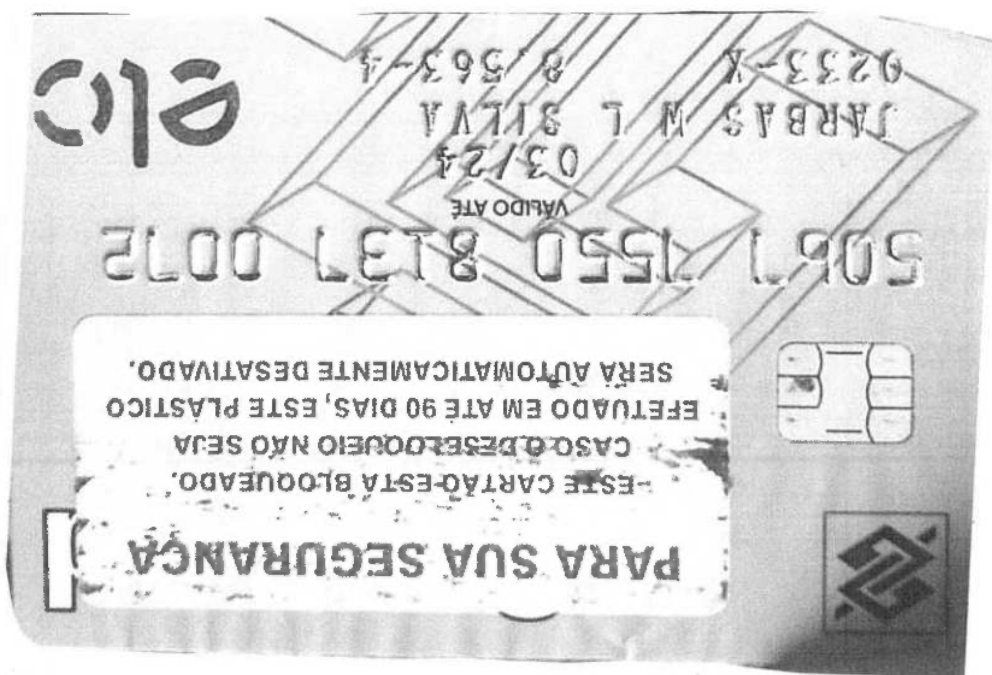
40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

12524066819

JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

12524066819

VENDEDOR

RUA PE CICELO

63

CASA

CELTÃO

GRAVATA

PE

55642-620

(81) 998776195

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA 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: Brasil (001)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0233 K CONTA: 8563 4

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ho Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019

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: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00233-X

CONTA: 000000008563-4

Nr. da Autenticação A62E0DDBAFE663F1



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR CPF: 794.689.224-68	DATA DE VENCIMENTO 13/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 076259315	CONTA CONTRATO 007006571365 Nº DO CLIENTE 2901259677 Nº DA INSTALAÇÃO 0005363400
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA PC PE FELIX BARRETO 13 LIVRAMENTO/VITÓRIA DE SANTO ANTAO 55602-350 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE	CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 87D7.DD73.38B3.2AE0.732B.6DAC.5323.B481			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas Unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	163,00	0,77952320	127,06
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,25
Contrib. Ilum. Pública Municipal			27,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 064718524-08/06/18			1,11
ICMS Subvenção-CDE-NF 068619481-08/07/19			1,12
Multa por atraso-NF 072530959 - 07/08/19			2,62
Juros por atraso-NF 072530959 - 07/08/19			0,39
Atualização IGPM-NF 072530959 - 07/08/19			0,15
TOTAL DA FATURA			168,92

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
136,31	25,00	34,07	136,31	0,81	1,10
					3,72
					5,07

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	8.549.330,00	SET 18	163
		AGO 18	163
		JUL 18	160
		JUN 18	164
		MAY 18	170
		ABR 18	171
		MAR 18	160
		FEV 18	168
		JAN 18	120
		DEZ 17	154
		NOV 17	138
		OUT 17	138
		SET 17	128

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	47,03 34,58
Transmissão	4,72 3,46
Distribuição (Celpe)	28,50 20,88
Encargos Setoriais	6,72 4,99
Tributos	46,24 29,63
Perdas de Energia	9,01 6,61
TOTAL	136,31 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	RF DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003011092258	CAT	07/08/2019 10,427,00	08/09/2019 10,590,00	30	1,00000	0,00	163,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR ESPURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia VITÓRIA DE SANTO ANTAO	0,00	5,78	11,58	23,16	
FIC-No.de vezes sem Energia	0,00	3,30	5,50	12,30	
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua	0,00	3,37	0,00	0,00	
DIOR-Duração de Interrupção em dias críticos					Limite DIOR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,83					

Toda interrupção pode sofrer a spurção dos indicadores DIC, FIC, DMC e DIOR a qualquer tempo.

NÍVEL DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006571365	09/2019	0,00	13/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA	
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93	Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR CPF: 794.689.224-68	DATA DE VENCIMENTO 13/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 076259315	CONTA CONTRATO 007006571365 Nº DO CLIENTE 2901259677 Nº DA INSTALAÇÃO 0005363400
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA PC PE FELIX BARRETO 13 LIVRAMENTO/VITÓRIA DE SANTO ANTAO 55602-350 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE		CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas Unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 87D7.DD73.38B3.2AE0.732B.6DAC.5323.B481	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL					
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo Ativo(kWh)	163,00	0,77952320	127,06		
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,25		
Contrib. Ilum. Pública Municipal			27,22		
ICMS Subvenção-CDE-NF 064718524-08/06/18			1,11		
ICMS Subvenção-CDE-NF 068619481-08/07/19			1,12		
Multa por atraso-NF 072530959 - 07/08/19			2,62		
Juros por atraso-NF 072530959 - 07/08/19			0,39		
Atualização IGPM-NF 072530959 - 07/08/19			0,15		
TOTAL DA FATURA			168,92		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
136,31	25,00	34,07	136,31	0,81	1,10
					3,72
					5,07

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	RF DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003011092258	CAT	07/08/2019 10,427,00	08/09/2019 10,590,00	30	1,00000	0,00	163,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/10/2019							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR ESPURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia VITÓRIA DE SANTO ANTAO	0,00	5,78	11,58	23,16	12,30
FIC-No.de vezes sem Energia	0,00	3,30	5,50	12,30	12,30
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua	0,00	3,37	0,00	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dias críticos					Limite DCR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,83					
Nota: O consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DCR em qualquer tempo.					

NÍVEL DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI			
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007006571365	09/2019	0,00	13/09/2019
FATURA PAGA			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu IVONILDO FERREIRA DE B. JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.699.224 / 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 125.240.668/19, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 125.240.668/19, 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 PC PE FELIX BARRETO		Número 13	Complemento
Bairro LIVRAMENTO	Cidade VITÓRIA DE SANTO ANTAO	Estado PE	CEP 55602-360
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) 81 98877-6145

VITÓRIA de _____ de _____
Local e Data

Ivonildo Ferreira de B. Junior
Assinatura do Declarante



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, Joseilda Severina dos Santos
RG nº 6770159, data de expedição 15/11/2000
Órgão SDS, portador do CPF nº 045.619.844-02,
com domicílio na cidade de Gravata, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rom Ricardo de Castro Villela, nº 90
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Jaques Wilfran de Jesus Silva, cujo o condutor era
Jaques Wilfran de Jesus Silva
Veículo: motocicleta Modelo: fan ESDI Ano: 2013/2014
Placa: P65 2519 Chassi: 9C2KE1680ER440653
Data do Acidente: 11/06/19

Local e Data: Gravata, 13 de setembro de 2019

Joseilda Severina dos Santos
Assinatura do Declarante

Jaques Wilfran de Jesus Silva
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:					
Perda da Consciência	☐ Sim ☐ Não	Episódio Emélico	☐ Sim ☐ Não	Acidente de Trabalho	☐ Sim ☐ Não
Acidente de Trabalho	☐ Sim ☐ Não	Tipo:			
Colisão:	☐ Sim ☐ Não	Tipo:		Motorista	☐ Passageiro: ☐
Atróselamento:	☐ Sim ☐ Não	Local do Impacto:			
Vítima de Ferimento	☐ Sim ☐ Não	Tipo:		Sobrou Quebra	☐ Não ☐ Sim Altura: m
Queimadura	☐ Sim ☐ Não	Por:		Transporte realizado por:	
Condições de Imobilização Adequada:	☐ Sim ☐ Não	Por Que:			

EXAMES FÍSICOS:

Taxa de 1 SAM e m Color
e PMS

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

MLH TLB

DIAGNOSTICO:

EXAMES ESPECIALIZADOS: ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ☐ ANGIOGRAFIA
☐ ENDOSCOPIA ☐ RX ☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐ LCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA: DATA: / / HORA: /

D MLH 1014 1014 OK
D MLH 1014 1014 OK

Atenção: Para o envio de
laudos e exames
RECEBE LAUDOS

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: ☐ SIM ☐ NÃO CLASSIFICAÇÃO RESERVA: ☐

DEFINIÇÃO DO CASO

CONDIÇÃO DE ALTA

INTERNAÇÃO ☐ CIRURGIA ☐ CETO ☐ TERMO DE ALTA PEDIDO ☐ EVADIL-SE ☐
TRANSFERIDO PARA: MON ST03 + RG
INTERNADO NA CLÍNICA: MON ST03 + RG
INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME: ASSISTENTE SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO: ASSISTENTE SOCIAL

PROVIDÊNCIAS: ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐

OBSERVAÇÕES:

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAÇÃO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: COREN: MEDICO: CRM: DATA: / / HORA: /

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAÇÃO:

Estou ciente das normas existentes neste Hospital e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome completo: /
Nº de Identidade: / Assinatura: /

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

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

Data: / / Nome completo: /
Nº de Identidade: / Assinatura: /



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Barros Williams de Lima Registro: 113359

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Exame Social
11/06/19	Realizado atendimento social com expos do paciente. Prestado escla- recimento acerca do plano no SUS. Marta Cecília do Nascimento Assistente Social CRESS nº 7692 - 4ª Região/PE
12/06/19 8h	#TRO# Paciente BE, expulso, com aguda programação cirúrgica.
12/06/19	Exame físico: sem alterações na tolerância da espina Antecedentes: HAS, DM, IAO, AVC, TBC, Asma, DPOC ECG - supraventricular, afibril, eixado coração e sem alterações AM - normal RCV - normal (RCV = 75g/min e PA = 130x80 mmHg ECG - MS eixo S1015 = +60° (normal) conclusão: Apto para cirurgia Classe I

Dr. Fernando Barros Filho
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM-PE 14855





**HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	# Serviço Social
12/06/19	Rua do Ouentão de Jesús Hospital Amélia da Ponte.
	Thalita Mendes C. Santos Assistente Social CPF nº 7830-42 Roraima/PE
13/06/19	# TILC# Paciente segue estável sem queixas Agenda programação seguinte
	VINÍCIUS SOUZA Supervisor Técnico CPF nº 8833479E





HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: JOSE WILSON DE LIMA Registro: 117394 Nº Atendimento: 50546
Idade: 50 Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Per n. 102. 10

História da Doença Atual:

BCI n. 102. 10

Interrogatório Sintomático:

Per n. 102. 10

Exame Físico:

Lucide, orientado, GRS 15
Vesículas de 2-3 mm
maculonas +

Antecedentes Pessoais:

UGG

Medicações em Uso

Ø

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Frot. colomago D

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

mit. HepD

Dr. Igor Abitral
Médico(a) PE 20177

17 JUN 2020
Assinatura e Carimbo

Cabo de Santo Agostinho, _____

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 505406

Senha da Classificação:

0036

Data e Hora: 11/06/2019 14:59

Paciente: 117394 JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 08/09/1968 Idade: 50 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA Nome do Pai: NAO DECALRADO

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO CRM: 14861

Endereço: RUA PADRE CICERO 69 Bairro: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Cidade/UF: GRAVATA PE Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade): Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 998689375

Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Pcte vítima de acidente automobilístico. Leve perda de consciência cu vomito, refluxo de em hemitorax d GLZ @

Exame Físico

Pcte lucido, mentado, GMAUS, auscultas com
presença, me bilimite GLZ @ presença
abdome turgente chs: pte dca entere sem
color central
A.P.X: Prot Gm. Colocue

Hipótese Diagnóstico

Prot. Colocue

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIDO

2) SFC/SI ICCMI TCIDMO - HAMEI @
2) DX SNG trauma
3) TC FE TUB @ SFC/ICMI
AVALIAR CARCER

Dr. VOMG

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE
LEITO DO PACIENTE

Carimbo

Dr. VOMG
Médico Cirúrgico
11 JUN 2019



RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILME
11/6-115	Coluna cervical TOMAX	3

1. 1871
 2. 1872
 3. 1873
 4. 1874
 5. 1875
 6. 1876
 7. 1877
 8. 1878
 9. 1879
 10. 1880
 11. 1881
 12. 1882
 13. 1883
 14. 1884
 15. 1885
 16. 1886
 17. 1887
 18. 1888
 19. 1889
 20. 1890
 21. 1891
 22. 1892
 23. 1893
 24. 1894
 25. 1895
 26. 1896
 27. 1897
 28. 1898
 29. 1899
 30. 1900
 31. 1901
 32. 1902
 33. 1903
 34. 1904
 35. 1905
 36. 1906
 37. 1907
 38. 1908
 39. 1909
 40. 1910
 41. 1911
 42. 1912
 43. 1913
 44. 1914
 45. 1915
 46. 1916
 47. 1917
 48. 1918
 49. 1919
 50. 1920
 51. 1921
 52. 1922
 53. 1923
 54. 1924
 55. 1925
 56. 1926
 57. 1927
 58. 1928
 59. 1929
 60. 1930
 61. 1931
 62. 1932
 63. 1933
 64. 1934
 65. 1935
 66. 1936
 67. 1937
 68. 1938
 69. 1939
 70. 1940
 71. 1941
 72. 1942
 73. 1943
 74. 1944
 75. 1945
 76. 1946
 77. 1947
 78. 1948
 79. 1949
 80. 1950
 81. 1951
 82. 1952
 83. 1953
 84. 1954
 85. 1955
 86. 1956
 87. 1957
 88. 1958
 89. 1959
 90. 1960
 91. 1961
 92. 1962
 93. 1963
 94. 1964
 95. 1965
 96. 1966
 97. 1967
 98. 1968
 99. 1969
 100. 1970
 101. 1971
 102. 1972
 103. 1973
 104. 1974
 105. 1975
 106. 1976
 107. 1977
 108. 1978
 109. 1979
 110. 1980
 111. 1981
 112. 1982
 113. 1983
 114. 1984
 115. 1985
 116. 1986
 117. 1987
 118. 1988
 119. 1989
 120. 1990
 121. 1991
 122. 1992
 123. 1993
 124. 1994
 125. 1995
 126. 1996
 127. 1997
 128. 1998
 129. 1999
 130. 2000
 131. 2001
 132. 2002
 133. 2003
 134. 2004
 135. 2005
 136. 2006
 137. 2007
 138. 2008
 139. 2009
 140. 2010
 141. 2011
 142. 2012
 143. 2013
 144. 2014
 145. 2015
 146. 2016
 147. 2017
 148. 2018
 149. 2019
 150. 2020
 151. 2021
 152. 2022
 153. 2023
 154. 2024
 155. 2025
 156. 2026
 157. 2027
 158. 2028
 159. 2029
 160. 2030
 161. 2031
 162. 2032
 163. 2033
 164. 2034
 165. 2035
 166. 2036
 167. 2037
 168. 2038
 169. 2039
 170. 2040
 171. 2041
 172. 2042
 173. 2043
 174. 2044
 175. 2045
 176. 2046
 177. 2047
 178. 2048
 179. 2049
 180. 2050
 181. 2051
 182. 2052
 183. 2053
 184. 2054
 185. 2055
 186. 2056
 187. 2057
 188. 2058
 189. 2059
 190. 2060
 191. 2061
 192. 2062
 193. 2063
 194. 2064
 195. 2065
 196. 2066
 197. 2067
 198. 2068
 199. 2069
 200. 2070
 201. 2071
 202. 2072
 203. 2073
 204. 2074
 205. 2075
 206. 2076
 207. 2077
 208. 2078
 209. 2079
 210. 2080
 211. 2081
 212. 2082
 213. 2083
 214. 2084
 215. 2085
 216. 2086
 217. 2087
 218. 2088
 219. 2089
 220. 2090
 221. 2091
 222. 2092
 223. 2093
 224. 2094
 225. 2095
 226. 2096
 227. 2097
 228. 2098
 229. 2099
 230. 2100
 231. 2101
 232. 2102
 233. 2103
 234. 2104
 235. 2105
 236. 2106
 237. 2107
 238. 2108
 239. 2109
 240. 2110
 241. 2111
 242. 2112
 243. 2113
 244. 2114
 245. 2115
 246. 2116
 247. 2117
 248. 2118
 249. 2119
 250. 2120
 251. 2121
 252. 2122
 253. 2123
 254. 2124
 255. 2125
 256. 2126
 257. 2127
 258. 2128
 259. 2129
 260. 2130
 261. 2131
 262. 2132
 263. 2133
 264. 2134
 265. 2135
 266. 2136
 267. 2137
 268. 2138
 269. 2139
 270. 2140
 271. 2141
 272. 2142
 273. 2143
 274. 2144
 275. 2145
 276. 2146
 277. 2147
 278. 2148
 279. 2149
 280. 2150
 281. 2151
 282. 2152
 283. 2153
 284. 2154
 285. 2155
 286. 2156
 287. 2157
 288. 2158
 289. 2159
 290. 2160
 291. 2161
 292. 2162
 293. 2163
 294. 2164
 295. 2165
 296. 2166
 297. 2167
 298. 2168
 299. 2169
 300. 2170

Mr. De Beaufort autographes.

Keep working on it.

Find some paintings, color book.

3. $\text{NH}_4^+ - \text{OH}^-$ salt, 0.1 M

0 RKR - 29 / 3NF 00

15. *Chrysomelids*

2021

At the time: during the previous
the above plan.

Dr. Brown please.

Ed. A. Stogdill

Zinnwald-Neudorf

2248 m

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/06/2019 14:22



Nome Paciente: JARBAS WILLAMS DE LIRA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/09/1968
Sexo: Masculino
Idade: 50
Senha: 0036
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/06/2019 14:40 - 11/06/2019 14:49

ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO. APRESENTANDO FRATURA EM MID E REFERE DOR EM FLANCO ESQUERDO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- RÉGUA DE DOR: 8
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 130.00 MMHG

Acolhido(a) por: ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/06/2019 14:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

tendimento do Paciente: 505428

Data e Hora do Atendimento: 11/06/2019 18:10

usuário do Atendimento: LAZARONI

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JARBAS WILLAMS DE LIRA SILVA

Prontuário: 117394

Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA

Nome do Pai: NAO DECALRADO

Data do Nascimento: 08/09/1968

Idade: 50 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF: 12524066819

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898005914485675

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA PADRE CICERO

69 NOSSA SENHORA DAS GRACAS

Cidade: GRAVATA

PE CEP: 55642620

Fone: 998689375

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 10

HCH - Hospital Dom Helder Camara
Evângela C. Dias de Souza

19 JUN 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 11/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

Jarbas Willams de Lira Silva

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Prontuário do Colégio

14.06.19

Hora:

18:10

Dr. Leonardo Carneiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM 15540 - TEOT 1113

HCH - Hospital Dom Helder Camara
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
Ortopedia
SAMU Atendimento

CCIH
Hospital Dom Helder Camara
12/06/19





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA**, prontuário nº **1176141**, admitido neste hospital em 14/06/2019 com diagnóstico de Fratura de calcâneo direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 19/06/2019.

Recife, 05 de Agosto de 2019.

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

D^{ra} Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



SUS	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNEB	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNEB	
HSA			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA		846474	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		Mês: 1 Dia: 3	
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
		16 - UF	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
25 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		26 - COD. DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
27 - COD. DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - COD. DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
29 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
Trat. Cir. de Fratura de Calcâneo Direito + Osteotomia Exploração Articular		0408050535 / 0408060190	
Parafusos Cêrcoles Nº 30/01 ; 40/01		0408060123	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI EXOT, DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		DIÁRIA DE UTI EXOT	
33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
Fio de K		0 7 0 2 0 3 0 6 9 4 02	
35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Calcâneo Direito. Evoluindo com dor e edema local.			
Necessitando de procedimento cirúrgico.			
Operado. Alta Hospitalar após melhora.			
DR. HENRIQUE BARBOSA - PROFISSIONAL SOLICITANTE			
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
		17/06/19	
44 - DOCUMENTO		45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
		7 1 7 4 6 2 2 6 4 4 0	
46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		47 - REGISTRO DO CONSELHO	
AUTORIZAÇÃO			
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - COD. DO PROCEDIMENTO	
50 - DOCUMENTO		51 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		53 - DATA DE AUTORIZAÇÃO	

CÓD: 1192



SUS - PE / SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA
HOSPITAL SANTO AMARO

Nome do Paciente: Jarbas Williams de Lira Silva			
Nome da Mãe:			
Clínica: Ortopédica	Enfermaria: São Luiz	Leito: A2	
Prontuário: 646474	Nº AIH		
Diagnóstico inicial (Constante no Laudo Médico) Fratura de Calcâneo Direito			CID:
Procedimento solicitado: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Direito + Exploração Articular + Osteotomia			Código: 0408060190 0408050535 / 0408060123
Tempo de Permanência Previsto:			
Procedimento Realizado: O Mesmo			Código:
Cód.	Equipe	Nome	Matricula Nº
1	Cirurgião	Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.Aux Cirúrgico		
3	2.Aux Cirúrgico		
4	3.Aux Cirúrgico		
5	Anestesiata	Dr. Breno Fonseca	13034
6	Clínica Médica		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

☐ Mudança de Procedimento	☒ Uso de Prótese, Órtese
☐ Diária UTI	☐ Uso de Fat. De Coagulação
☐ Diária de acompanhante	☐ Uso de Oxigenadores
☐ Vacina Anti RH	☐ Nutrição Parenteral
☐ Longa Permanência	

RESUMO DE CASO

Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando em Fratura de Calcâneo Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Diagnóstico Principal:	Fratura de Calcâneo Direito	CID
Diagnóstico Secundário:		CID

Ativo da Alta:

☐ Curado	☒ Melhorado	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ A pedido	☐ Outros
---------------------------------	---	--	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Data Internamento: 14/06/19	Data Alta: 19/06/19	Dias de Hospitalização: 05 DIAS
-----------------------------	---------------------	---------------------------------

(Assinatura)





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

Registro: 646474 Prontuário: 1176141 Data de Nascimento: 08/09/68 Idade: 50 ANO(S)
Nome do Paciente: **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA
CPF: 12524066819

Data: 17/06/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 17/06/2019-13:19

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Calcâneo Direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Calcâneo Direito

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Direito + Osteotomia + Exploração Articular

Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão lateral do pé;
4. Abordagem por planos;
5. Dissecção por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado exploração articular a partir de osteotomia (abertura de janela óssea), realizado redução do foco da fratura com aposição de 01 placa bloqueada p/ calcâneo + parafusos de bloqueio + parafusos corticais + fios de k. Verificado boa aposição dos implantes;
6. Limpeza com SF 0,9%;
7. Sutura por planos;
8. Curativo;
9. Tala gessada tipo bota;
10. RX de controle;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 22/06/2019 06:23:27.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/02/2020 13:14:19
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020413141922100000056442548>
Número do documento: 20020413141922100000056442548





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

Registro: 646474 Prontuário: 1176141 Data de Nascimento: 08/09/68 Idade: 50 ANO(S)
Nome do Paciente: **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA
CPF: 12524066819

Data: 17/06/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 22/06/2019 06:23:27.


Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO
Convênio SUS

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:

João W. de Jesus

010-53209
dia, +25 dias
pós op. ESTA
em reabilitação
tempo de ALTA
90 (noventa) dias
08/7/18

Assinado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
04/02/2020 13:14:19

Cód.: 1226



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

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jarbas Williams de Lima Silva

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

11/06/2019

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

11/06/2019

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jarbas Williams de Lima Silva

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente vítima de acidente de trânsito com queda de moto com fratura calcâneo direito com dificuldade

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

na deambulação com movimentos pe direito bem prejudicados. Presença de material de osteossintese

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

☐ SIM

☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

fratura do fêmur e placas. Marcha com dor lesões 80%.

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1ª Sequela fratura calcâneo direito com
- 2ª material ortopédico intracaneal.
- 3ª Alta médica ortopédica e fisioterápica
- 4ª
- 5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Vitoria Sto Antão

19/09/19

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITUAÇÃO

JARBA WILLIAM DE LIRA SILVA

300 IDENTIDADE / ORG EMISSOR: LE
3761600 RSP PE

CPF: 129.240.668-19 DATA NASCIMENTO: 08/09/1988

PLACAS:
JOMO FERREIRA DA SILVA
SEVERINA DE LIRA SILVA

PERMISSÃO: [] ADIC: [] OUT: []

Nº IDENTIFIC: 01583791396 VALIDADE: 28/10/2020 PRORRATAÇÃO: 27/12/2008

Observações:
sem observações

Jarba William de Lira Silva

LOCAL: VITORIA DE SANTO ANTAO - PE DATA EMISSÃO: 21/10/2015

[Assinatura]

14434155691
PE069292345

DETRAN - PE - FERNANDESS

1107535440

