Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

10/03/2020

Número: **0008658-23.2019.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**
Última distribuição : **14/10/2019**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS (AUTOR)	**IONE NADJA GONCALVES DE OLIVEIRA (ADVOGADO)** **PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59007888	10/03/2020 13:44	2697901_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 00086582320198173130

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **08/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 08/04/2019.

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

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

---

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **08/04/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[4].

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

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 HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

[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."

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios[6], ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[7].

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[8]

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.

---

[6] *"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA.* ***INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO****. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2.* ***A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor****."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

[7] "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[8] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PETROLINA, 18 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS**, em curso perante **a 3ª VARA CÍVEL** da comarca de **PETROLINA**, nos autos do Processo nº 00086582320198173130.

Rio de Janeiro, 18 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

10/03/2020

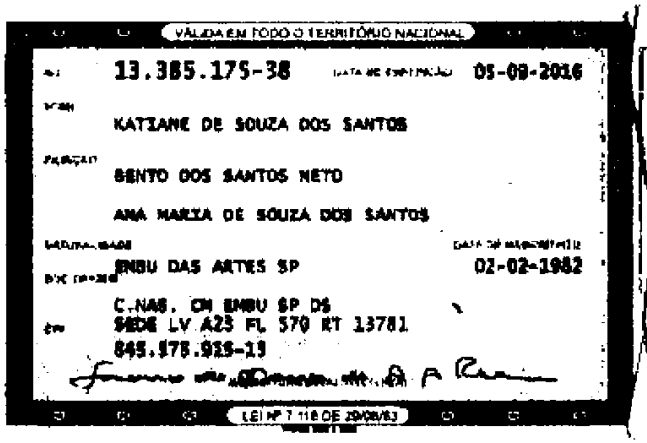
Número: **0008658-23.2019.8.17.3130**

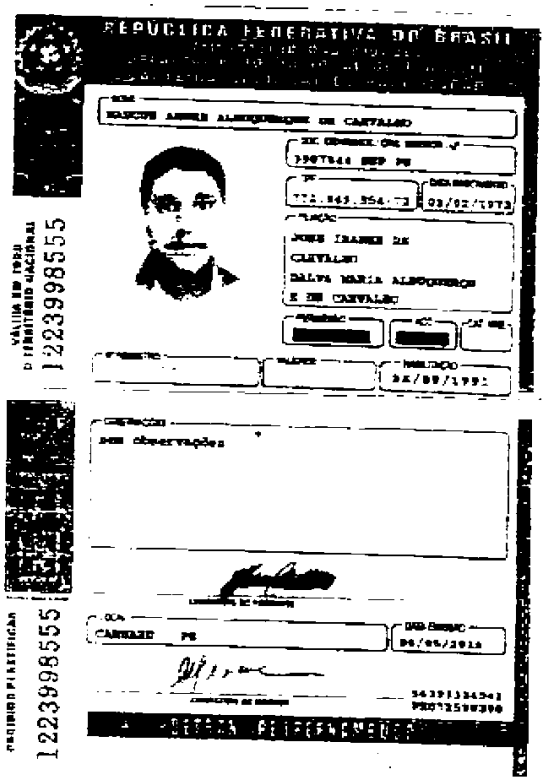
Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**
Última distribuição : **14/10/2019**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

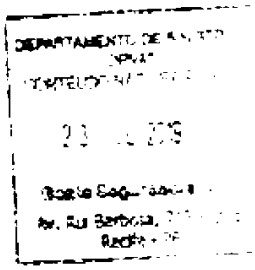
Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS (AUTOR)	**IONE NADJA GONCALVES DE OLIVEIRA (ADVOGADO)** **PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59007889	10/03/2020 13:44	ANEXO 1	Outros (Documento)







PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249926/19

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data do acidente: 08/04/2019

CPF: 845.575.915-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS : 845.575.915-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Protocolo de documentos

Data da entrega: 23/07/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: Luciana Alves Neves
CPF: 892.165.715-00

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Luciana Alves Neves

Declaração

Eu Katiane de Souza dos Santos, residente na Rua 04 Nº 22 Ed. Nº 24, declaro que sofreu um acidente de moto no dia 02 de abril de 2019 na Cidade de Sobradinho/BA, e que ficou com graves e permanentes sequelas.

Informo que tenho possibilidade de localizar o proprietário da moto envolvida a qual se encontra pilotando: Placa NZR 9975 marca CG 150 em nome de Fernando Santos de Souza. Informo que não tenho condições financeiras de levar processo para essa pessoa visto que estou muito debilitada e em condições de estar andando.

Sobradinho 29 de Junho de 2019

Katiane de Souza dos Santos

DEPARTAMENTO DE DIREITOS DPVAT
CONFERÊNCIA VERIFICADA
23 JUL 2019
Grupo Segurador S.A.
Av. Rio Branco, 715 - L5
Recife - PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 13:44:46
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031013444640900000058029757
Número do documento: 20031013444640900000058029757

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443458 **Cidade:** Sobradinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P7 E 8
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P19
LATERALIDADE DIVERGENTE EM ALGUNS DOCUMENTOS

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443458 **Cidade:** Sobradinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P7 E 8 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P19

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: [illegible]
RG/CNH/CTPS: [illegible] **CPF:** [illegible]
End: [illegible]

Outorgado: [illegible]
RG/CNH/CTPS: [illegible] **CPF:** [illegible]
End: [illegible]

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como **vítima**. [illegible]

[illegible] de [illegible] de [illegible]

[illegible]

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE SOBRADINHO/BA

Reconheco por autenticidade a(s) firma(s) de KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS E 023 F 3

Em testemunho da verdade. Anne Caroline Silva Ferreira. Escrevente Autorizada - Sobradinho - BA 3/7/2019 Valor do Ato R$ 5,00 Emol. R$ 2,42 Taxa R$ 2,58

2257 AB067024-9
SELO RECONHECIMENTO
www.tjba.jus.br/autenticidade

ANNE CAROLINE SILVA FERREIRA
Escrevente
Tabelionato Sobradinho

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
CONTE [illegible]
Av. Rui Barbosa [illegible]
Recife [illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249926/19

Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data do acidente: 08/04/2019

CPF: 845.575.915-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS : 845.575.915-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: Luciana Alves Neves
CPF: 892.165.715-00

Luciana Alves Neves

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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190443458 **Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 08/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

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

Pag. 01363/01364 - carta_01 - INVALIDEZ

00020682

Carta nº 14613541

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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190443458 **Vítima: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 08/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Pag. 01017/01018 - carta_15R - INVALIDEZ

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

00020509

Recebedor: **KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **3548**
Conta: **0000012385-4**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

DADOS CADASTRAIS

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):

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$1.00 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) ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)** **Nome do BANCO:** _____

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

AGÊNCIA: 1548 ☐ **CONTA:** 12385 - 7 **AGÊNCIA:** ☐ **CONTA:** ☐

(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 a banco desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Perito (a) ou segurado(a) sendo o prosseguimento da análise do sinistro pelas demais coberturas do Seguro DPVAT, por meio de perícia amigável com a Seguradora apresentada, concordando, desde já em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e avaliação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito conforme Lei 6.194/74 art. 4º § 1º declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica, tendo ainda o direito de contestar a conclusão do laudo médico pericial.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 nascituro (em gestação)? ☐ 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 somente a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá acarretar a obrigação de reembolso, além da responsabilidade civil e/ou penal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NAVEGANTES

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

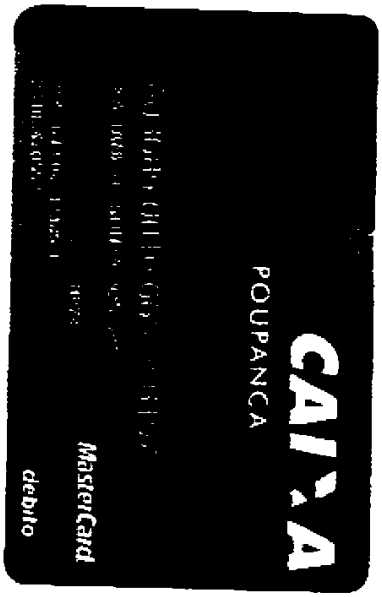
40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima, beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019


CAIXA
POUPANÇA
MasterCard
débito

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Segurança Pública
Polícia Civil

Emissão: 06/07/2019 às 16:50h
Unidade de Emissão: 17ª COORPIN - SENTO SÉ
SIGIP - Sistema de Informação e Gestão Integrada Policial

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência
Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523 **Data:** 08/07/2019 às 11:41h
Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO
Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Responsavel Pelo Registro
Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO
Servidor: 750171564 - RUBENS GOMES DOS ANJOS

Dados do Fato
Tipo: Não delituoso **Classificação:** Acidente de Veículo
Data: 08/04/2019 às 07:00h
Histórico:
ALEGA A COMUNICANTE KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, QUE EM DATA E HORA ACIMA CITADOS, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO PAS/MOTOCICLO HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2012/2012, DE COR PRETA, PLACA POLICIAL NZR-9985-SOBRADINHO-BA, CHASSI Nº 9C2KC1670CR522221, EM NOME DE FERNANDO SANTANA DE SOUZA, CONFORME CÓDIGO RENAVAM 458492340, VEIO A COLIDIR EM UMA OUTRA MOTO DE PLACA, CONDUTOR E PROPRIETARIO NÃO IDENTIFICADO, QUE EVADIU-SE, SEGUNDO A COMUNICANTE. NO MOMENTO DO ACIDENTE ENCONTRAVA-SE COMO CARONA A SUA GENITORA ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, SENDO AMBAS SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SOBRADINHO-BAHIA, EM SEGUIDA TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TRAUMAS E URGÊNCIAS DE PETROLINA-PE, COM LESÕES CORPORAIS, E O REGISTRO.
Endereço Principal: Rod. BA 210, CONTORNO DA INTEGRAÇÃO DA SAÍDA, VILA SÃO FRANCISCO, SOBRADINHO, BA - BR CEP 48925-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física	Envolvimento
ADRIANO EVANGELISTA MARTINS, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP 48925-000	Testemunha
FRANCISVALDO, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP 48925-000	Testemunha
ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 07787214-26 SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: MARIA PEREIRA DE SOUZA, Pai: ANASTÁCIO BISPO DE SOUZA, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Juazeiro (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em: 14/04/1958, Viúvo(a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,67m, Cabelo: Pretos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Carapinha, Heterossexual, Endereço: R. 04, Nº 27,	Vítima (Fato Não Delituoso)

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ... CONTEÚDO ...
23 JUL 2019
Página 1 de 2
Av. Rui Barbosa, ...
Rectf. ...

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência
Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523 **Data:** 08/07/2019 às 11:41h
Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO
Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Pessoa Física	**Envolvimento**
QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000, Religião: Catolicismo	
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 13385175-38 SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, Pai: BENTO DOS SANTOS NETO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Embu (SP) - SÃO PAULO - BRASIL, Nascido em: 02/02/1982, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,60m, Cabelo: Castanhos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Encaracolado, Heterossexual, Peculiaridade: Usa Óculos, Endereco: R. 04, Nº 27 , QUADRA-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000, Telefone Celular: 7498859835 4, Telefone Residencial: 74988598354, Religião: Catolicismo	Comunicante

Responsável: _____
FILIPE FREIRE BEZERRA

Código de autenticidade da certidão: f1426311-ac67-48a7-92f3-d4486a0d74bf
Para verificar a autenticidade desta certidão
acesse :https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/

DEPARTAMENTO ... DPEA
CONTEÚDO ...
23 ... 2019
Escrivão ...
Mr. Rui Barbosa ...
Reg. ...

Verificar autenticidade ocorrência

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

DADOS CADASTRAIS

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):

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

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$1.00 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. Associar uma opção) ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)** **Nome do BANCO:** _____

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

AGÊNCIA: 1548 ☐ **CONTA:** 12385 - 7 **AGÊNCIA:** ☐ **CONTA:** ☐

(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 o 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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Perito(a) ou segurado(a) sendo o prosseguimento da análise do pedido de indenização do seguro DPVAT por invalidez permanente com cobertura de indenização apresentada, concordando, desde já em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e avaliação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito conforme Lei 6.194/74 art. 3º § 1º declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica, tendo ainda o direito de contestar a qualquer tempo do seguro.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 nascituro (em gestação)? ☐ 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 somente a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá acarretar a obrigação de reembolsar além da responsabilidade civil e criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

ASSINATURA DO RECEBEDOR

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)

V002/2019

08 04 19 07 30

Estrada de Tubia - Quadra 02
(ENRISTA)

Katierra da Souza de Santo 37
BA 030

Perna E Perna E

Lugo Luar Coluna Dorso

160 x 100 mmHg, Fc = 92 bpm, SpO_2 = 98%

LESÕES

CUTRAS CONDUTAS

GRAVIDADE COMPROVADA

MÉDIA

HMMAT

Dr Diego Gonçalves Camara
Médico
CRM-BA 28609

DEPARTAMENTO

23 JUL

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: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03548

CONTA: 000000012385-4

Nr. da Autenticação E636468AA3734DB1

COELBA

DADOS DO CLIENTE

ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

CLASSIFICAÇÃO

0000092935 08/2019

15/07/2019 16/07/2019

65,94

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

15/07/2019 65,94

838*0000000-0 65940030000-0 00909293510 2 08345521223-9

compesa

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014355-2

DADOS DO CLIENTE

		18662614	2019

AGUA

LEIT. ATU. 1564		
LEIT. ANT. 1564		

AGUA

	R$		
	R$		
	R$		

	R$		
	R$		
	R$		

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA %	VALOR DO IMPOSTO
	358,65		
	358,65		

VENCIMENTO: 05/2 2019 TOTAL A PAGAR 358,65

RENAGEM

DEPARTAMENTO DE ...
DPLA
CONTEUDO ...

2 ...

Sem ...
Av. Rui Barbosa ...
Recife ...

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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 SUSEP[1] 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 COAF[2].

[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 [illegible]

inscrito (a) no CPF/CNPJ [illegible] na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible]

do sinistro da DPVAT cobertura [illegible] da Vítima [illegible]

inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão [illegible] Renda: [illegible] e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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: [illegible]	Número: [illegible]	Complemento:
Bairro: [illegible] Cidade: [illegible]	Estado: [illegible]	CEP: [illegible]
E-mail:		Tel (DDD): [illegible]

Local e Data: [illegible]

Assinatura do Declarante

[illegible]

DLDRL.001 V001/2017

SMS

HMMA

SOBRADINHO

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	LEITO:	Nº CÓDIGO SUREM
	DATA:	HORA:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luciane de Souza dos Santos Sexo: M [ ] F [X]

Nº Cartão do SUS: 700 [illegible] 15859800 Regulação: SIM [ ] NÃO [ ]

Data de nascimento: 02/02/82 Idade: 27 Naturalidade: Embu das Artes UF: SP

Filiação Pai: Bento dos Santos Neto

Mãe: Ana Maria de Souza dos Santos

Raça: Branca [ ] Negra [ ] Pardo [ ] Branco [ ] Indio [ ]

Nº do RG: 13.385.175-38 Orgão Exp. ____ UF ____ Data de emissão: __/__/__

Nº Certid. de Nasc.: ____ Nº Livro ____ Nº Folha ____ Data de emissão: __/__/__

Telefones: ____

Endereço: Rua: Av. Qd.: ____

Bairro: ____ Cidade: ____ UF: ____

Responsavel: ____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Vermelho [ ] Amarelo [ ] Verde [ ] Azul [ ]

HISTORICO PATOLOGICO:

HAS [ ] DM [X] OUTRA COMORBIDADE NÃO [ ] SIM [ ] QUAL? ____

Gestante [ ] Pediatrico [ ] Psiquiatrico [ ] Idoso [ ] Alergia SIM [ ] NÃO [X]

SINAIS VITAIS

PA: 16[illegible] x 10[illegible] mmHg T: ____ °C PULSO: ____ bpm RESP: ____ rpm

SPO2: ____ % HGT: 367 mg/dl BCF: ____

ALERGICO A Nada

HISTORICO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Codigo: [illegible] **Abertura:** [illegible]
Paciente: [illegible]
Central. Reg.: [illegible] **Unid. Origem:** [illegible] BA
Municipio: [illegible]
Motivo da Solicitação: [illegible] Fratura exposta
Justificativa da Transferência: [illegible] FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA
Complemento da Solicitação: REALIZAR TRANSFERÊNCIA [illegible] ZERO RETENÇÃO [illegible] PARA [illegible] ORTOPEDIA [illegible]
[illegible]

Resumo Clinico: [illegible]
HISTORIA DA ADMISSÃO: PACIENTE [illegible] SOFREU
[illegible] MOTO [illegible] APRESENTANDO [illegible] FRATURA EXPOSTA
[illegible] FRATURA DE TIBIA E FIBULA [illegible]
[illegible]
[illegible]
ASO [illegible] RHA+
[illegible] SOS FERIFERICOS PRESENTES
[illegible] ANALGESIA

[illegible]
[illegible] FRATURA DE TIBIA E FIBULA [illegible] OSSEA
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible] INFORMATIVES
[illegible]
[illegible]
MEDICAMENTOS EM USO
[illegible]
[illegible]
[illegible] OUTROS MEDICAMENTOS

[illegible]
[illegible]
Eletroscopia: Sem Exame
[illegible] Sem Exame
[illegible] Sem Exame
[illegible] Sem Exame
HVM: Sem Exame
[illegible]
[illegible]
[illegible] LAREMEB
[illegible] Hospital Geral [illegible] HMS [illegible]

Hipotese do Diagnostico (CID)
[illegible] FRATURA EXPOSTA DE TIBIA

Encaminhamento
[illegible] Motivo: [illegible] Fratura exposta
HOSPITAL [illegible] PETROLINA - PE
[illegible] Ambulância
[illegible]
Medicamentos Administrados

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CONTROLE [illegible]
[illegible]
Cesta Caixa [illegible]
Nº [illegible]

HUNIVASF
EBSERH

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros
Endereço: Av. Jose de Sa Maniçoba, S/N
Cidade: Petrolina
CNPJ: 35.440.725/0002-03
Telefone: (87) 2101 6500

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuario: 50006030
Paciente: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS
Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS
Endereço: QUADRA N24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM SOBRADINHO BA
Nasc: 02/02/1982 Idade: 37
CNS: 700002195859800 Doc. Identificação:
Telefone: (87) 988417219

ANAMNESE DO MEDICO

Paciente vítima de acidente de trânsito. Apresentando dor e limitação no MIE.
Permanece prescrição no passo
Ok. Internamento
Ok bloco cirúrgico
AM varuro

Saída: _____ Hora: _____

Ass. Paciente: _____

Data de Impressão: 08/04/2019 Hora: 11:29

Não preocupe-o, ele também é seu.

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº 6042414

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES: 6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - ATENDIMENTO ANTERIOR: PROPRIO

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

6 - RACA COR: PARDA

7 - REGULADO: NÃO

8 - CPF: 84557591515

9 - RG:

10 - SEXO: F

11 - NASCIMENTO: 02/02/1985

12 - TELEFONE DE CONTATO: 9681-7219

13 - CNS: 700021955598200

14 - NOME DA MÃE: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

15 - TELEFONE DE CONTATO:

16 - NOME DO RESPONSÁVEL:

17 - ENDEREÇO: QUADRA 104 RUA 04 - PALMEIRAS - SÃO JOAQUIM

18 - CEP: 4990-000

19 - UF: BA

20 - CEP: 49960-000

21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SOBRADINHO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

22 - DIAGNÓSTICOS, SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA EXPOSTA PERNA ESQ. SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO TRAUMATOLÓGICO

23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

24 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS: RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

26 - CID PRINCIPAL: S82.2

27 - CID 2:

28 - CID ASSOCIADO:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

31 - CLÍNICA: 04

32 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02

33 - TIPO DO DOCUMENTO: CNS (SUS) - CPF

34 - Nº DO DOCUMENTO: 3960585439

35 - ATENDIMENTO REFERENCIADO:

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/04/2019

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE: CLÁUDIO LIMA LOPES

38 - CRM: 10860/CRM-PE

PREENCHER EM CASO DE FALTAS ESTERNAS, ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS ASSISTIDAS

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - ACIDENTE DE TRABALHO

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - CNPJ EMPRESA

46 - CNAE

47 - CBOR

48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: EMPREGADO - EMPREGADOR - AUTÔNOMO - DESEMPREGADO - NÃO SEGURADO - APOSENTADO - NÃO SEGURADO TRANSITO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - CODIGO DIGAC:

51 - DOCUMENTO: CNS - CPF

52 - NÚMERO DO DOCUMENTO:

53 - ASSINATURA E CARIMBO DO AUTORIZADOR: Dr. Eduardo Vieira Rego CRM-PE 24.024-72 8229 PE

54 - DATA DE AUTORIZAÇÃO: 10/04/19

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO: 2019010321004

Conferido por: Dr. Cláudio Lima Lopes — Ortopedia e Traumatologia — Medicina do Esporte — CRM-PE 10860

Conteúdo não interfere na digitação — 23 ... 2019 — Porto Seguros S.A. — Av. Cinderela, 715

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome:	KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS	Chegada:	08/04 2019 11 06.45
Sexo:	MASCULINO	Idade:	37
Transporte:	OUTROS	Data de Nascimento	02/02 1982

Classificação de Risco

Queixa Principal: REGULADO ORTOPEDISTA FRATURA EXPOSTA EM MIE APOS COLISÃO MOTOXMOTO HA 4 HS

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES Discriminador: FRATURA EXPOSTA

Escala de Coma de Glasgow

Parâmetros: Glicemia Capilar | Ritmo: | Sat O2 (%) | Pulso | Escala de Dor: 5 | PA | Temperatura Timpânica

Prioridade Clínica	EMERGENTE VERMELHA	MUITO URGENTE LARANJA	[redacted]	URGENTE AMARELA	POUCO VERDE	NÃO URGENTE AZUL

Fluxo Interno: ORTOPEDISTA

Classificador: TAMARA CRISTINA LOIOLA COREN / CRM 184758 PE

Reclassificação

Queixa Principal:

Fluxograma: Discriminador:

Escala de Coma de Glasgow

Parâmetros: Glicemia Capilar | Ritmo: | Sat O2 (%) | Pulso | Escala de Dor: | PA | Temperatura Timpânica

Prioridade Clínica	EMERGENTE VERMELHA	MUITO URGENTE LARANJA	URGENTE AMARELA	POUCO VERDE	NÃO URGENTE AZUL

Fluxo Interno:

Classificador: COREN / CRM

DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DOS CONTEÚDOS NÃO ESTRUTURADOS

23 JUL 2019

Av. Ra Barbosa

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

Fabiane de Souza dos Santos.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com ... na perna (E) após queimadura de ...

0408050500 (5822)
0408060379

Tratamento cirúrgico.

23 ... 2019

5822

Tratamento múltiplas de pele.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013

Tratamento cirúrgico ferimentos em membro inferior

17 04 19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Humberto Lucena Santos
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 10761 - RQE 3326
TEOT - 14519

36 ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

AUTORIZAÇÃO

X010050374 110-

Dr. Eraldo Marcio Vieira Rosa
CPF: 420.714.024-72
CREMEPE 9229 PE
Autorizadora

17 04 19

HU – UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANSCISCO
TRAUMATOLOGIA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

DATA INTERNAÇÃO: 08/04/19

DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA(REABORDAGEM

DATA CIRURGIA: 15/04/19

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO CIRURGICO/REABORDAGEM POR TRAÇO OCULTO

INICIO:

TÉRMINO:

Cirurgião: Dr. RODRIGO LACERDA

Anestesista: DrA MARINA

1º Aux: Dr. THIAGO PERRUCI

2º Aux:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia
2. Assepsia, antissepsia e Aposição de campos estéreis
3. INCISÃO SOBRE INCISÃO PREVIA COM EXTENSÃO PARA DISTAL
4. RETIRADO PLACA DCP DE 12 FUROS COM 8 PARAFUSOS CORTICAIS
5. REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA 16 FUROS COBRINDO OS 2 TRAÇOS DE FRATURA
6. FIXAÇÃO COM 10 PARAFUSOS CORTICAIS
7. PASSAGEM DE 1PARAFUSO CORTICAL INTERFRAGMENTAR
8. CONTROLE RADIOLOGICO – OK
9. LAVAGEM DA FERIDA COM 1L SFO 9%
10. SURJTA POR PLANOS + CURATIVO ESTERIL

MATERIAL UTILIZADO

1 placa DCP 4,5 estreita 16 FUROS
11 PARAFUSOS CORTICAIS

Dr. Rodrigo Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 12.12.1980

15 ABR 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE DE ATENDIMENTO
23 ... 2019
Garta Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, ...
Recife - PE

Assinatura e carimbo do médico

ISGH

HU – UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANSCISCO
TRAUMATOLOGIA

UNIVASF

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

DATA INTERNAÇÃO: 08/04/19

DIAGNOSTICO FRATURA DIAFISÁRIA TIBIA E

DATA CIRURGIA: 15/04/2019

INÍCIO:

PROCEDIMENTO: OSTEOSSINTESE COM PLACA DCP

TÉRMINO:

Cirurgião: Dr RODRIGO LACERDA

Anestesista: DrA MARINA

1º Aux:

2º Aux:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia.
2. Assepsia, antissepsia e Aposição de campos estéreis
3. INCISÃO ANTERIOR EM TIBIA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS ATE FOCO FRATURARIO
4. REDUÇÃO CRUENTA – COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 4,5 ESTREITA 12 FUROS
5. FIXAÇÃO COM 8 PARAFUSOS CORTICAIS COM COM ALINHAMENTO DA TIBIA E CONTROLE DE ROTAÇÃO
6. LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9% 500ML
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO ESTERIL

MATERIAL UTILIZADO

PLACA DCP 4,5 ESTREITA 12 FUROS
PARAFUSOS CORTICAIS: 08

15 ABR 2019

Assinatura e carimbo do médico

FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF

15/04/19

NOME: Katiane de Souza dos Santos

F 37 H

PROBLEMA: Nodulo

ANESTESIOLOGISTA: Marina

PROCEDIMENTO: Mto longo de tempo de pele + Nodulectomia

8:30 | 12:20

CONDIÇÕES DE ENTRADA

Anamnese

Alergia: Não

Patologias: Não — DM: insulina

Exames:

HORARIO: 8:30 | 10h | 11h

99 100 100 99 RS RS RS RS

99 99 96 99 RS RS RS RS

LIQUIDOS: E R R R R

Simbolos

MEDICAÇÃO	Dose
Cefalotina	2g
Dexametasona	10
Ranitidina	3
Propofol	2g
Naloxona	8
Efedrina	1mg
(A) Neocaína	15mg
(B) Bupivacaína	8cf
(C) Lidocaína (IV)	
Neocaína (IVC, IV)	

MONITORIZAÇÃO

Posição: DDH

Hemocomponentes: Não

Antibiótico: Profilático

Terapêutico

Descrição: 1) Monit 2) Venóclise periférica 3) Anestesia raquianestesia L3L4 c agulha n 25, LCR claro, injeção de (A) e (B) 4) manutenção sem VE

11h Pca precisou ser restabelecida. Realizado Bloqueio femoral e fascial post quadrado com uso de (C)

TÉCNICA ANESTÉSICA

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF
HOSPITAL DE ENSINO DOUTOR WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS - HEWAB
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina - PE

CONVÊNIO: SUS

FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE

CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO: fixação interna de fratura diafisária e
CÓD. PROCEDIMENTO:
EMPRESA: Ortoclin
CIRURGIÃO/CIRURGIÃ: Dr. Rodrigo
INSTRUMENTADOR(A): Elma e Paulo
PACIENTE: Kotiane de Souza dos Santos
PRONTUÁRIO: 50006030
DATA DA CIRURGIA: 15/04/19

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos						
DCP larga	06	08	10	12	14	16	14
DCP estreita	04	05	06	08	10	10	
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08		
Outros							

PARAFUSOS UTILIZADOS

Cortical 4,5mm QT	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
							5	3											
Cortical 4,5mm QT	52	54	56	58	62	64	68	70											
Maleolar 4,5mm QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
Esponjoso Rosca 16 QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Esponjoso Rosca 32 QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120

Arruela 4,5mm QT | Arruela 6,5mm QT | Outros:

Assinaturas:

05 2019

15 03 2019

R.S.U.

Rosana de Souza Nunes
Enfermeira
COREN 27.165-PE

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF
HOSPITAL DE ENSINO DOUTOR WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS – HEWAB
Av. Jose de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina - PE

CONVÊNIO: SUS

FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE

CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO: [illegible] Tibia
COD PROCEDIMENTO:
EMPRESA:
CIRURGIÃO/CIRURGIÃ: [illegible]
INSTRUMENTADOR(A):
PACIENTE: [illegible]
PRONTUÁRIO: [illegible]
DATA DA CIRURGIA: [illegible]

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos						
DCP larga	06	08	10	12	14	16	
DCP estreita	04	05	06	08	10	12	14
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08		
Outros	[illegible]						

PARAFUSOS UTILIZADOS

Cortical 4.5mm	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
QT																			
Cortical 4.5mm	52	54	56	58	62	64	68	70											
QT																			
Maleolar 4.5mm	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
QT																			
Esponjoso Rosca 16	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
QT																			
Esponjoso Rosca 32	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
QT																			

Arruela 4.5mm QT | Arruela 6.5mm QT | Outros:

Assinaturas:

Rayssa de Souza Maniçoba
Enfermeira
COREN-PE 211825

15 AGO 2019

HUUNA F

HOSPITAL DE ENSINO DR. ALFREDO [illegible]

RELATORIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE **KATIANE DE SOUZA SANTOS**

DATA DE ADMISSÃO **08/04/2019** 5000605

DATA DE ALTA **16/04/2019**

HIPOTESES DIAGNOSTICAS

FRATURA TIBIA DIREITA

CID **S82.7**

HISTORIA CLINICA E EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO [illegible]
NO DIA 15/04/2019
RECEBE ALTA EM BOM ESTADO GERAL PARA ACOMPANHAMENTO [illegible]
AMBULATORIAL

MEDICAÇÃO PRESCRITA PÓS ALTA

CURATIVO [illegible]
FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS
NÃO PISAR

AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA SOLICITADA [illegible]
PA CONSULTA ANTES DE SER CHAMADO PELO MEDICO

RETORNA EM **16/04/2019**

HUNVA F

HOSPITAL DE URGENCIAS E TRAUMAS
Av. Jose de Sá Maniçoba s/n° Campus - Centro - Petrolina - P

RECEITUARIO

NOME: KAITANE DE SOUZA SANTOS

LAUDO
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO
CIRURGICO PELA ORTOPEDIA NO DIA 15.04.2019
SUGIRO AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS
CID: S82.7

FRATURA TIBIA DIREITA

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DEPVAT
COMPETÊNCIA
23 JUL 2019
Grande Segurança
Av. Rui Barbosa, 715 - Joaquim
Recife - PE

Humberto

DATA 16/04/2019

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

Prefeitura Lagoa Grande SESAU SUS

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE : _____

NOME: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS REGISTO Nº _____

DATA DO ACIDENTE 08/04/2019

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, SOCORRIDA PELO SAMU P/ O HOSPITAL LOCAL DE SOBRADINHO ENCAMINHADA P/ O HOSPITAL DO TRAUMA (PETROLINA PE) COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA DE MIE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO: IMPLANTAÇÃO DE PLACA E PARAFUSO. P/ REDUÇÃO DE FRATURA CONTINUA DA TÍBIA.

FOI REALIZADO TODO TRATAMENTO PROPOSTO, PORÉM A MESMA APRESENTA TAIS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS: ALGIA INTENSA DURANTE MOBILIZAÇÃO PASSIVA + DEFICIT DE ADM DE JOELHO E TORNOZELO E MARCHA CLAUDICANTE DEVIDO EXTENSÃO DAS LESÕES + LEVE DISCREPÂNCIA DE MMII + PORTANTO, COM SEQUELAS/DEBILIDADE PERMANENTE, APRESENTANDO PERDA FUNCIONAL PE D/ DO MIE.

CID 10 S82.7

Dr. Giseule Skalet de J. Santos
Ortopedista
CRE[illegible]

DATA: 16 / 07 / 2019

ASSINATURA E CARIMBO

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CRAS
CONTROLE SOCIAL
23 [illegible]
Guarda Segurança [illegible]
Av. Rui Barbosa [illegible]
Recife - PE

SOBRADINHO HMMA SUS SMS

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
Av. D, qda Q-02 Vila Sao Francisco Sobradinho-BA
(74) 3538-1141

RECEITUÁRIO

Nome:
Endereço:

Paciente Katiane de Souza dos Santos

Uso oral.

① Xarelto 10mg 15 comp.
Tomar 01 comp 1 x dia por 15 dias.

Miguel L. Juste
CRM BA 28146

Sobradinho 06/05/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
23 2019
Av. Rui Barbosa
Recife-PE

HUNIVASF
EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU-UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SÁ MAIACOBA, S/N, CENTRO, PETROLINA-PE
CEP 56304-205 Telefone (87) 2101-6500

RECEITUÁRIO

NOME: Karine S. Santos

USO ORAL

Cetoprofeno 100mg — 01 cp de
tomar 01 comp de
12/12h por 07 dias

Thiago A. Perrucci
Ortopedia/Traumatologia
Dra. Quadril
CRM:19502/SBOT 14400

HUNIVASF
EBSERH

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU/UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SÁ MANIÇOBA, S/N CENTRO PETROLINA-PE
CEP 56304 205 Telefone (87) 2101 6500

RECEITUÁRIO

NOME: Katiane S Santos

USO ORAL

Ciprofloxacino 500mg — 01 cp
tomar acompanhado de
12/12h por 07 dias.

Thiago A. Perrucci
Ortopedia/Traumatologia
Gr. Quadril
CRM: 19502/SBOT-16468

DATA: ___/___/___

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
UNIVASF
CONTEÚDO ...
23 ...
Rosalia ...
Av. Sul Bertolino ...
Recife ...

HUNVA F

UNIVERDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANC
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔN

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATORI

PACIENTE: KATIANE DE SOUZA SANTOS

MEDICO: AGENDAR RETORN AMBULATORIAL

DATA DO RETORNO HORA

DIAGNOSTICO: FRATURA TIBIA DIREITA

ATENÇÃO: Realizar agendamento
momento da alta

Em
(S/

DATA: 16/04/2019

PROFISSIONAL
ASSINATURA

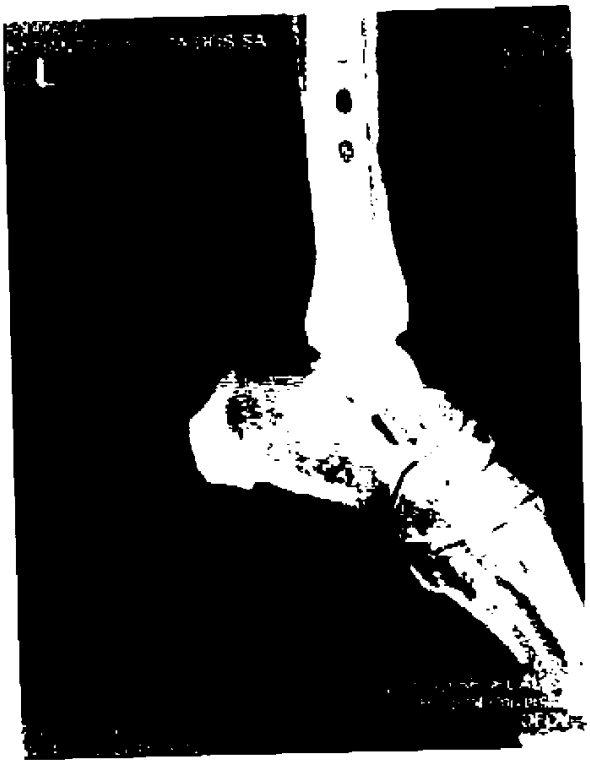
DEPARTAMENTO DE
CONTEÚDO
2019

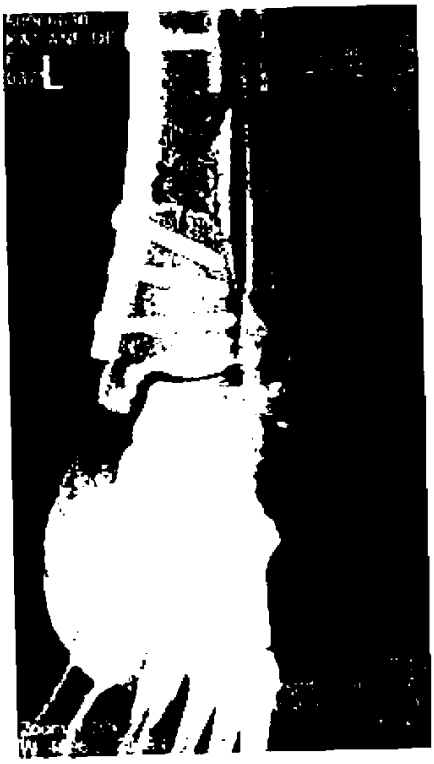
ID Paciente : 23100

Nome : KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Data : 28/04/2019 11:52:37

276760 2





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Gestão Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. S
Recife - PE

HUNAF

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/n° Campo - Centro - Petrolina - PE

RECEITUÁRIO

NOME KATIANE DE SOUZA SANTOS

1- CEFALEXINA 500MG ---------- 10 X
TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL 6/6 HORAS, POR 7 DIAS

2- NIMESULIDA 100MG ---------- 10 X
TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL 12/12H, POR 5 DIAS

FRATURA TIBIA DIREITA

Humberto Luiz S. Santos
Traumatologista
CRM-PE 7857

DATA: 16/04 2019

PROFISSIONAL
ASSINATURA E CARIMBO

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
OPMEs
DENTE
22 [illegible]
Posto Segurança
Av. Rui Barbosa
Petrolina

HUNA F

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/n Campus - Centro - Petrolina

RECEITUARIO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS

1- CEFALEXINA 500MG ..... 10 X
TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL 6 6 HORAS, POR 7 DIAS

2- NIMESULIDA 100MG ..... 10 X
TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL 12 12H, POR 5 DIAS

FRATURA TIBIA DIREITA

DATA: 16/04 2019

PROFISSIONAL
ASSINATURA E CARIMBO

HUJMF

☒ ATESTADO ☐ DECLARAÇÃO

NOME KATIANE DE SOUZA SANTOS

UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

☒ ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERIODO DE 08/04/2019 A 16/04/2019
NECESSITANDO DE LICENÇA MEDICA NESTE PERIODO FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA
NOVENTA (90) DIAS DE LICENÇA MEDICA

☐ COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO
NECESSITA DE DIAS DE LICENÇA MEDICA

CID: S82.7

DECLARAÇÃO

☐ COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA, HORARIO
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS

☐ COMPARECEU À URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE
NESTA DATA

DATA 16/04/2019

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO EMITENTE

[illegible]

PARA: **KATIANE DE SOUZA SANTOS**

1) PACO 30 MG----------10 X
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 8/8 HORAS [illegible] SO
DOR FORTE

[illegible] **16/04/2019**

NÃO PERECIVEL PRAZO DE MEDICAMENTO
R$ [illegible] 16/07

[illegible] Carimbado

[illegible]