



10/03/2020

Número: **0002455-04.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **31/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59024974	10/03/2020 16:10	2700580_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_03	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00024550420198173370

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 **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/05/2019**, restando permanentemente inválida.

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

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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, 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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, 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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **25/05/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais).**

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\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

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

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;
- 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.

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

⁷art. 1º. (...)

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



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,

SERRA TALHADA, 28 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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

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

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



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/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 **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **SERRA TALHADA**, nos autos do Processo nº 00024550420198173370.

Rio de Janeiro, 28 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





10/03/2020

Número: **0002455-04.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **31/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59024978	10/03/2020 16:10	ANEXO 1	Outros (Documento)

13^u

NOME DA UNIDADE: PRONTO SOCORRO DE PELOTAS DATA DE ATENDIMENTO: 24/02/2018 - 23:28:48

PRONTUÁRIO: 443758 CONVÊNIO: SUS ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

PACIENTE: MAURÍCIO DE OLIVEIRA VIEIRA SEXO: MASCULINO

PROCEDÊNCIA: ECESSAL CPF:

DI NASC.: 24/05/1993 IDADE: 23 anos 9 meses 3 dias NOME DA MÃE: VERA LUCIA DE OLIVEIRA VIEIRA

ENDEREÇO: PAULO ZANOTA DA CRUZ, 228 TRAV 7 BAIRRO: MUNICÍPIO: PELOTAS

IDENTIDADE: CARTÃO SUS Tel: 53821780302

TIPO DE ATENDIMENTO:

(1) URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (2) 1ª CONSULTA (3) RETORNO (4) OCORRÊNCIA POLICIAL

ATIVIDADE PROFISSIONAL

PROCEDIMENTOS

ASSINATURA E CARIMBO

0301060061

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID: 2002

TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

1) ~~2)~~ **# A malhação do cirurgião:**
2) Paciente com trauma no tornozelo direito quando
desceu o degrau da escada, queixa de dor no local referido
que aumenta com a marcha, de início com hematoma e inchaço
no local.

3) **2006, C.O.C.**

4) **C 120 PA 130/80 mmHg**

5) **dos 38/1**

AC. 121 SVT 125

AP. 100+5RA

Atend. deprimido, unilater. palpando

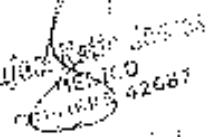
no local ferido, com hematoma com coloração avermelhada, dor
com dificuldade, o paciente relata que a dor aumenta com a marcha
e com a elevação do membro afetado.
com curat. e
comprim. no

6) **Exame físico: Exame físico MTD**

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

PRESTADOR/EQUIPE CLÍNICA

7) **Exame físico: Exame físico MTD**
8) **Exame físico: Exame físico MTD**
9) **Exame físico: Exame físico MTD**



Redigido em dois e unidos com redigidos de
nada em região central, membros superiores (D) e
na base esquerda e direita.

2019/07/23 14:23
YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CPF: 034.47607

Redigido em dois e unidos



Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Central de Regulação - Saúde em Rodo
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

000218257

Usuário: INORT/NOBRE

Emitido em : 25/02/2019 às 0

Identificação do Estabelecimento de Saúde:

Unidade Hospitalar: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS

Unidade Executiva:

CNES: 2253054

Identificação do Paciente:

Nome: MAURICIO DE OLIVEIRA VIEIRA

Pront: 0288253

CNES:

CNS:

Resc: 21/08/1991 Sexo: MASCULINO

Nº do Prontuário:

96179499

Sexo:

Masculino

Mãe: VERA LUCIA DE OLIVEIRA VIEIRA

Fone: (51) 5156-6302

End: EDUARDO CORREIA 226

Cidade: PELOTAS 4314407 RS 96000-500

Telefone de Contato:

5391560302

Município de Residência:

PELOTAS

Cen. IBGE Município:

4314407

UF:

RS

CEP:

96045530

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE APRESENTADO FRATURA EXPOSTA EM FEMUR DEXTO

Alimentação: 0285181-19

MAURICIO DE OLIVEIRA VIEIRA

Prontuário: 0288253

Sexo: MASCULINO

Cor: BRANCA

Prof.: HISTÓRISTA

Idade: 28

D.O.: 21/08/1991

Referência: DR. JOSE II - TRAUMATOLOGIA

Conv.: SUS

Leito: 403 - 12

D. Int: 25/02/2019

Med.: 23750 RENAN DE OLIVEIRA BARBOSA

Condições que justificam a internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

Principais resultados de provas diagnósticas:

RX

EXAME FÍSICO

Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR

CID 10 Principal:

S72.3

CID 10 Secundário:

CID 10 Causas Associadas:

Descrição do Procedimento Solicitado:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA

Clínica:

CIRURGIA ORTOPEDICA E

Caráter da Internação:

URGÊNCIA

Documento:

☒ CNS:

☐ CPF:

Cód. Procedimento:

408050519

Nome do Profissional Solicitante/Assistente:

RENAN DE OLIVEIRA BARBOSA

Data da Solicitação:

25/02/2019

Nº Documento Prof. Solicitante:

127969586730018

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante:

Renan de Oliveira Barbosa

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito

() Acidente de Trabalho Tipo

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Seguradora:

CNPJ da Empresa:

Nº do Bilhete:

Selo:

Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

CNAE da Empresa:

CBOR:

Forma profissional Autorização:

Autorização

Cód. Origem Emissor:

Documentos:

☐ CNS: ☐ CPF:

Nº Documento Prof. Autorizante:

Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizante:

Data da Autorização:

Nome do Médico: Nome do NUS: Nome da UNIT:

GSH - Gestão e Segurança Hospitalar

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

Nome do Estabelecimento Solicitante

CNES

Nome do Estabelecimento Executante

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS

CNES

2 2 5 3 0 5 4

Identificação do Paciente

Nome: MAURÍSIO DE OLIVEIRA VIERA

Pront: 0288263

Nº do Prontuário

CNES

Masc: 21/03/1993 Sexo: MASCULINO

CER

scimento

Masc.

Sexo

Fem.

Nº: VERA LUCIA DE OLIVEIRA VIERA

Fone: (51) 3154-0302

End.: EDUARDO CORREA 226

Cidade: PELOTAS 43144-97 RS 96000-000

DUB

Telefone de Contato

Nº do Telefone

Município de Residência

Cód. IBGE do Município

UF

CEP

Justificativa da Internação

Principais sinais e sintomas clínicos

- PACIENTE APRESENTANDO FRACTURA EXPOSTA EM
FÊMUR DIREITO

Condições que justificam a internação

- NECESSIDADE DO TRATAMENTO

Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

- RX + EXAME FÍSICO



Diagnóstico Inicial

Cid 10 Principal

Cid 10 Secundário

Cid 10 Causas Associadas

542.3

Procedimento Solicitado

Descrição do Procedimento Solicitado

Código do Procedimento

TTO. CIR. DE FR. DA DIÁFISE DO FÊMUR 0408050519

Clínica

Caráter da Internação

Documento

() CNS () CPM

Nº Documento (CNS/CPM) do Profissional Solicitante/Assistente

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

Data da Solicitação

25/02/19

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

() Acidente de Trânsito

CNPJ da Seguradora

Nº do Bilhete

Série

() Acidente de trabalho não

CNPJ da Empresa

CNAE da Empresa

CBOR

() Acidente de trabalho trajeto

Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

Autorização

Nome do Profissional Autorizador

Cód. Órgão Emissor

Nº da autorização de internação hospitalar



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS2 - CNES
SANTA CASA DE3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
22530544 - CNES
2253054

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

0205191-19

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/05/1993

9 - SEXO

Masculino

Feminino

Q 3

10 - NOME DA Mãe

VERA LUCIA DE OLIVEIRA VIERA

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

EDMUNDO CONRAD 228 - COHAB FRAGATA

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PELOTAS

13 - CÓD. DE BEM-ESTAR

4314407

14 - UF

RS

15 - CEP

96000-500

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

10108050518

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

101080501624

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID-10 PRINCIPAL

5724

24 - CID-10 SECUNDÁRIO(2) - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

101080501624

27 - BOLETAÇÃO DE DATA DE UT-1º ACOMPANHANTE

28 - DIÁRIO DE ACOMPANHANTE

29 - DIÁRIO DE UTÍLIO I

30 - DIÁRIO DE UTÍLIO II

31 - DIÁRIO DE UTÍLIO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

101061020061803

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

1010110102602

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

1010110103403

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

39 - FÓRMULA DE CÁLCULO DO CUSTO

40 - FÓRMULA DE CÁLCULO DO CUSTO

41 - FÓRMULA DE CÁLCULO DO CUSTO

42 - FÓRMULA DE CÁLCULO DO CUSTO

43 - FÓRMULA DE CÁLCULO DO CUSTO

44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - DATA DA SOLICITAÇÃO

2022

46 - DOCUMENTO

CNS : CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS : CPF

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DOCUMENTO

CNS : CPF

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS : CPF

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - DATA DA SOLICITAÇÃO

2022

53 - DOCUMENTO

CNS : CPF

54 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS : CPF

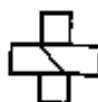
55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

56 - DATA DA SOLICITAÇÃO

2022



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 2/2

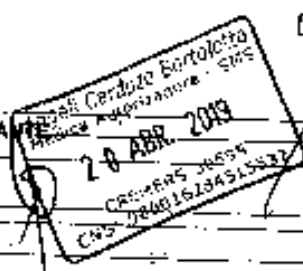
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - Cód. do procedimento especial	32 - QTD
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - Cód. do procedimento especial	35 - QTD
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - Cód. do procedimento especial	38 - QTD
39 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - Cód. do procedimento especial	41 - QTD
42 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	43 - Cód. do procedimento especial	44 - QTD
45 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	46 - Cód. do procedimento especial	47 - QTD
48 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	49 - Cód. do procedimento especial	50 - QTD
51 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - Cód. do procedimento especial	53 - QTD
54 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - Cód. do procedimento especial	56 - QTD
57 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - Cód. do procedimento especial	59 - QTD
60 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - Cód. do procedimento especial	62 - QTD
63 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - Cód. do procedimento especial	65 - QTD
66 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - Cód. do procedimento especial	68 - QTD
69 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - Cód. do procedimento especial	71 - QTD
72 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - Cód. do procedimento especial	74 - QTD
75 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - Cód. do procedimento especial	77 - QTD
78 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - Cód. do procedimento especial	80 - QTD
81 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - Cód. do procedimento especial	83 - QTD
84 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - Cód. do procedimento especial	86 - QTD
87 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - Cód. do procedimento especial	89 - QTD
90 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - Cód. do procedimento especial	92 - QTD
93 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - Cód. do procedimento especial	95 - QTD
96 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - Cód. do procedimento especial	98 - QTD
99 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	100 - Cód. do procedimento especial	101 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)



dois procedimentos, fixados
foram; sendo 76 fixações
notificadas para a área

Dr. Rafaela Almeida
Diretor Técnico
CRMERS - 29228

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	PROFISSIONAL SOLICITANTE
100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO



Centro de Diagnóstico por Imagem

**Tomografia Computadorizada
Medicina Nuclear
Ressonância Magnética
Ultrassonografia
Mamografia
Raio - X**

Atendimento: 1738958-19

Paciente: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Data: 27/02/2019

Médo. solicitante: DR RENAN DE OLIVEIRA BARBOSA

Idade: 25,08

Convênio: SUS

Cód. exame:

Sector: SAO JOSE II -

SAME: 0288283

Quarto/Leito: 402/12

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO DIREITO

Controle tomográfico computadorizado para avaliação de fratura complexa/cominutiva intra-articular na extremidade distal do fêmur com significativo grau de desvio e cavalgamento dos principais fragmentos.

Percebe-se também fratura complexa na patela, sendo que um dos fragmentos mostra-se junto ao côndilo lateral, e o segundo fragmento entre o complexo fraturado intercondiliano, invertida.

Sinais de ruptura do tendão patelar.

Hematrose.

Presença gás de perimeio a fratura descrita entre os tecidos moles adjacentes, relacionados a fratura exposta.

Planalto tibial preservado.

DR DECIO VALENTE RENC
CRM: 21486



Página: 1

SANTA CASA DE PELOTAS - FOLHA DE SAIA



DATA: 25.02.19

SALA: 3

Endereço: Rua da Constituição, 100 - Centro - Pelotas/RS
Fone: (51) 3333.1111
Site: www.santacasa.org.br
E-mail: sac@pelotas.rs.gov.br

Nome: Maurício de Oliveira Categoria: S03
Procedimento: () Cir. Eletiva (X) Cir. Urgência () Cir. Extra Anestesia: Regime
Procedimento realizado: Infusão de sangue
Início: 13:30 Fim: 15:30 Porte: () 01 () 02 () 03 () 04
Potencial de contaminação: () Limpa () Potencialmente contaminada (X) Contaminada () Infecada
Anatomia patológica: () Sim (X) Não Laboratório: _____
Nascimento RN: _____ Sexo (M)(F)(M)(F)

EQUIPE - Total de pessoas em sala: 08
Anestesiologista: Dr. Yunes em campo: _____
Cirurgião 1: Dr. Marcel Pessoal extra: _____
Residente 1: Dr. Rodrigo Cirurgião 2: _____
Instrumentador: Surgere Residente 2: _____
Pediatria: _____ Circulante: Renata
Nº de alunos: _____

EQUIPAMENTOS E GASOTERAPIA

() Alça de Ressectoscópio	() Fonte de Luz Fria	() Neofrescópio
(X) Aspirador a vácuo	() Furadeira	() Nitrogênio
() Berço Aquecido	() Garrote Pneumático	() N2O - óxido nítrico
() Bisturi Elétrico monopolar	(X) Intensificador de Imagem	(X) O2
() Bisturi Bipolar	() Litotritor Balístico	(X) Perfurador
() Bomba de infusão	() Microscópio	() Serra Elétrica
() Capnógrafo	(X) Monitor (ECG, oximetria, PNI)	() Ultrassom
(X) Camo de Anestesia	(X) Monitorização de PA Invasiva - PAM	() Litotrocópio
() CO2	(X) Monitorização de temperatura	() Vídeo
() Drill	() Manta térmica	() Outro:

ORTESSES E PRÓTESES

04	Barra Schanz	3 PINESUL	ROM
03	Barra	250	
01	Barra	350	
01	Barra	400	
08	conector	Barra	
04	conector	Barra - Barra	



Cesar Augusto R. Martins
COREN-RS 127430-TE

CARIMBO ASSINATURAS
Maurício de Oliveira
Anestesiologista

Marcel Cruz Aguiar
Médico
COREN-RS 32282
Rita de Cassia
Téc. Enfermagem
COREN-RS 63877



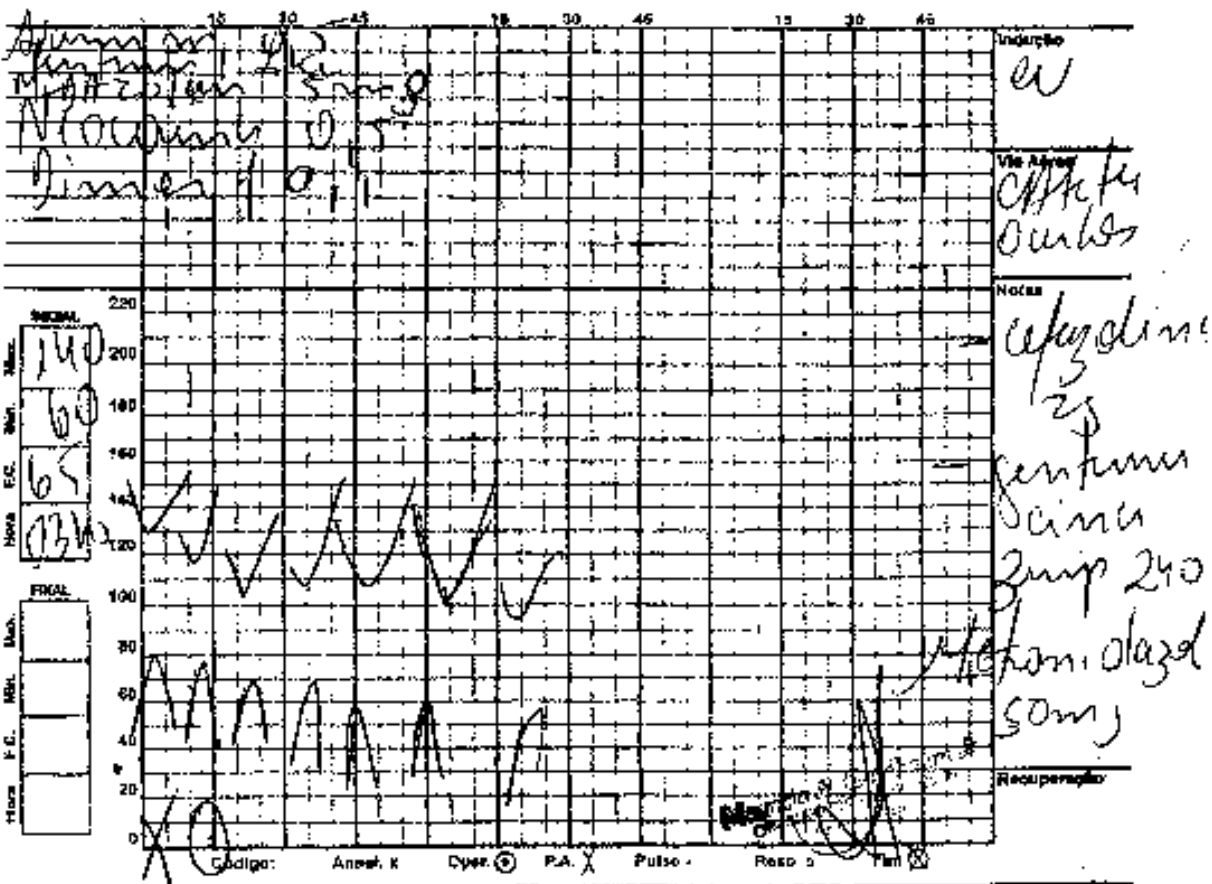
Para uso em: EMERGÊNCIAS, COMPLEMENTAÇÃO E AMBULATORIAL

FICHA DE ANESTESIA

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Redação recente: _____
 Idade: 30 anos Sexo: M Posição: _____
 Grupo: B Tipo de cirurgia: Supracondilária Anestesia: _____
 Data: 10/03/2020 Local: OR 22

Operação proposta: Supracondilária
 Diagnóstico: Fratura
 Dados pré-operatórios: _____

EFBTO: _____
 ESTADO FÍSICO: _____



Agentes		FLUIDOS	
Técnica	Operação realizada	INICIADOS	ABSORVIDOS
<u>Reg. A 22</u>	<u>5:30</u>	Sol. Cls. <u>1000</u>	<u>1000</u>
<u>Anestesia</u>	<u>Humio</u>	Sol. Fisol. <u>1000</u>	<u>1000</u>
		Ringer L. _____	_____
		Sangue <u>201</u>	_____

Centro de Diagnóstico por Imagem

Tomografia Computadorizada

Medicina Nuclear

Ressonância Magnética

Ultrassonografia

Mamografia

Raio - X

Atendimento: 1738870-19

Paciente: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Médico solicitante: DR RENAN DE OLIVEIRA BARBOSA

Convênio: SUS

Cód. exame: 19

Data: 26/02/2019

Idade: 25,08

Setor: SAO JOSE II -
SAME: 0288263

Quarto/Letto: 402/12

JOELHO D:
Fratura cominutiva do fêmur distal,
Presença de tração


DR. EUSON TADEU NOLTHAUSEN
CRM: 4405



Página: 1

Centro de Diagnóstico por Imagem

Tomografia Computadorizada

Medicina Nuclear

Ressonância Magnética

Ultrassonografia

Mamografia

Raio -

Atendimento: 1738136-19

Data: 23/02/2019

Paciente: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Idade: 25,09

Médico solicitante: DR. DANILO FERNANDES DE OLIVEIRA ARAÚJO - R1

Convênio: SUS AMBULATORIAL

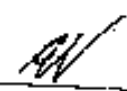
Sector: EXTERNO

Cód. exame:

SAME: 0288263

COXA D
JOELHO D

Fratura intra-articular e cominutiva na extremidade distal do fêmur direito.


DR. ERNESTO SOUSA NUNES
CRM: 96719



Página: 1

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante _____ CNES _____

Nome do Estabelecimento Executante
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS CNES
2 2 6 3 0 5 4

Identificação do Paciente

Nome do paciente _____ N° do prontuário _____

Cartão de Identificação do Paciente _____ Sexo _____
Nome da Mãe _____ 1 _____ 2 _____
Telefone de contato _____

Endereço _____
Município _____ UF _____ CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos
Realizou cirurgia em 28/02 p/ corrigir fratura exposta de fêmur distal direito, segundo hospitalizados necessita de nova intervenção cirúrgica reposicionar fratura e curativo cirúrgico

Condições que justificam a internação
Análise cirúrgica

Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)
Exame físico - anamnése



Diagnóstico inicial CID 10 principal CID 10 secundária CID 10 causas associadas
inf. loc. de pele L089

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do procedimento solicitado
DESMEMBAMENTO DE FASCIAS NEUROTIZANTES Código do procedimento
0415040027

Clinica Caracter da internação Documento N° Documento (CNS/CPF) do profissional solicitante/assistente
Cirurgia 3 108928362441

Nome do profissional solicitante/assistente Data da solicitação Assinatura e carimbo (N° do registro do conselho)
Doutor em ortopedia 15/03/2019 Ortopedia e Traumatologia CREMER 45069

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Acidente de trânsito CNPJ da seguradora N° do bilhete Soma
Acidente de trabalho típico CNPJ Empresa CNAE da Empresa CBOR
Acidente de trabalho atípico

Vínculo com a previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do profissional autorizador Cod. órgão emissor N° da autorização de internação hospitalar
Documento N° documento (CNS/CPF) do profissional autorizador
() CNS () CPF 7061049473530
Data da autorização Assinatura e carimbo (N° do registro do conselho)
Jivago da Fonseca Lopes
Médico Autorizador
CNS 7061049473530
UF: RS





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AS) Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS

2 - CNES: SANTA CASA DE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: 2253054

4 - CNES: 2253054

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

6 - Nº DO PROPRIETÁRIO: 0205191-19

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 21/05/1993

9 - SEXO: Masculino (M) 1, Feminino (F) 3

10 - NOME DA MÃE: VERA LUCIA DE OLIVEIRA VIERA

11 - TELEFONE DE CONTATO: (51) 318168-302

12 - ENDEREÇO: EDMUNDO CONRAD 226 - COHAB FRAGATA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: PELOTAS

14 - CÓD. SIG. MUNICÍPIO: 4314407

15 - UF: RS

16 - CEP: 96000-500

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

23 - CID - PRINCIPAL: 4089

24 - CID - SECUNDÁRIO(S):

25 - CID - CAUSAS ASSOCIADAS:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZ. ACCOMPANHANTE:

29 - DIÁRIA DE ACCOMPANHANTE:

30 - DIÁRIA DE UTILIZ. PDI:

31 - DIÁRIA DE UTILIZ. PDI II:

32 - DIÁRIA DE UTILIZ. PDI III:

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

41 - DOCUMENTO:

42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF):

43 - ASS. NATUREZA E CAR. NRO. Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:

44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

45 - DATA DA SITUAÇÃO:

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA SITUAÇÃO:



Atendimento: 02091-194
 MARCELO DE OLIVEIRA VIEIRA
 Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA Idade: 25
 Prof: FISIOLÓGICO D.O: 22/05/1993
 Endereço: JOSE 11 - TRIUNFOVIA Lote: 402 - 12
 Fone: 3335-1111 R.HT: 25/02/2019
 Med: 22759 SEMIN DE OLIVEIRA BARBOSA

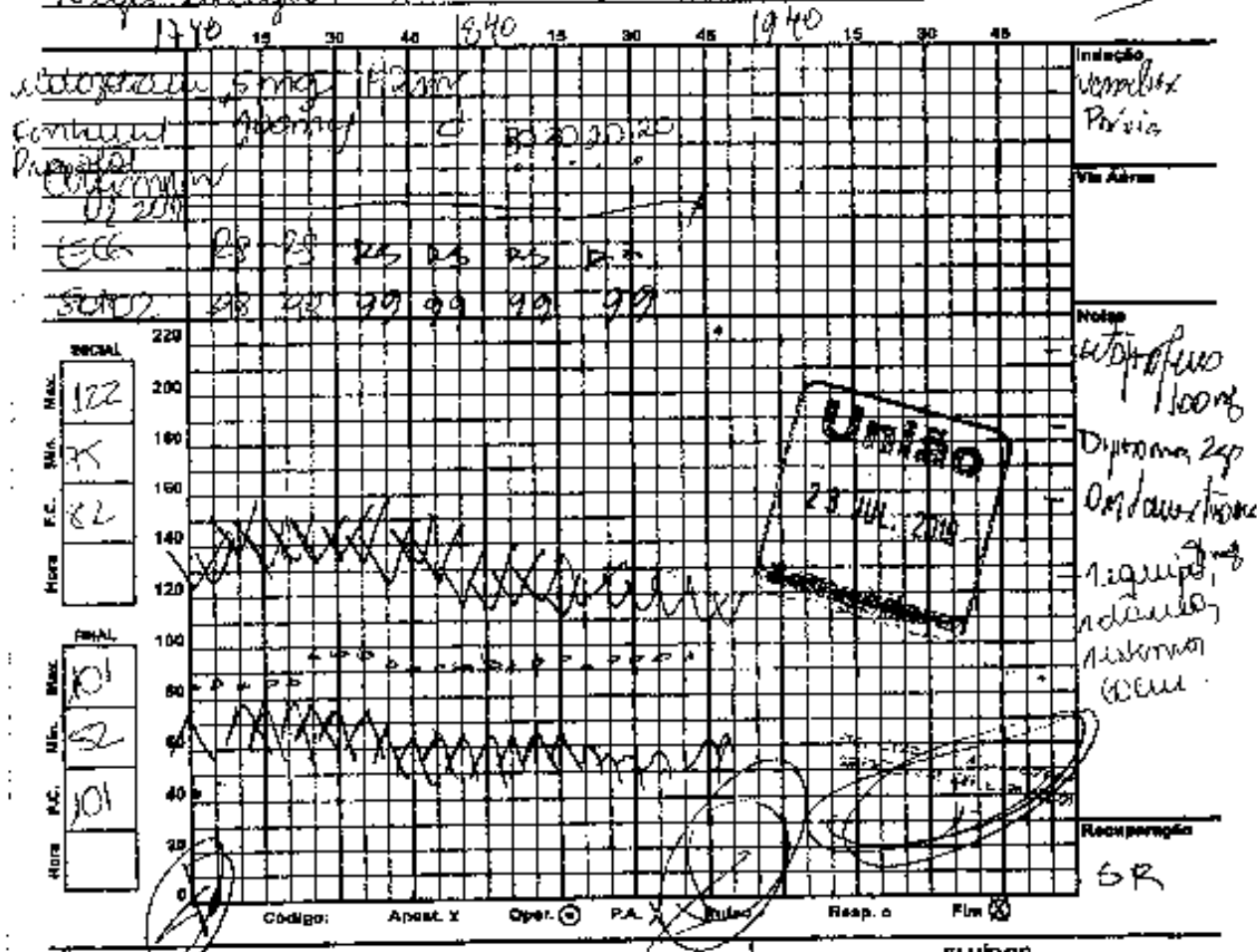
ALIMENTAÇÃO E AMBULATORIAL NESTESIA

Idade: _____ Peso: 96 kg
 Sexo: M Altura: 1,87 Cor: Br Cat: SUS

Relação recente: Não
 Posição: D.O. Removido
 Pré-anest: Não

Quarto: _____ Hosp: Santa Casa
 Data: 15/09/19 Sala: 03
 OPERAÇÃO PROPOSTA: curativo uterino
 DIAGNÓSTICO: histero exposto de fômite (2)

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS: Exame físico (completo) - Com uso de:
ecobornas supra, DE RAXOTE EFEITO
Início exame - m. b. - Raqui - sp.
Não houve alteração da sensibilidade ESTADO FÍSICO II



Agentes: Dupinocalina diprômica
10mg morfina 2mg
 Técnica: B3A, PL 1314 Ag 27
cor cratária
 Anestesia: clonidina
 Operação realizada: 17:40 - 19:40

FLUIDOS	
INICIADOS	ABSORVIDOS
Sol. Glc.	
Sol. Fisiol.	
Ringer L. <u>500</u>	<u>500</u>
<u>1500</u>	
Sangue <u>400ml</u>	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS

Nome: _____ N° Prontuário: _____

Residência: _____ Idade: _____

Responsável: _____

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DO JOELHO ①

Diagnóstico pós-operatório: O MESMO ACUMULADO

Cirurgia realizada: TUBERETIA DA FR. EXPOSTA DO JOELHO ①

Exame radiológico trans-operatório: _____

Complicações pós-operatório: _____

Cirurgião: DR. LOTHAR 1º auxiliar: DR. DANILLO

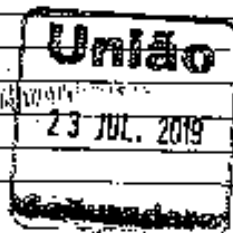
2º auxiliar: _____ 3º auxiliar: _____

Anestesiologista: _____ Anestesia: _____

Internação: _____ Cirurgia: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① PCT EM D.D. SOB RAQUIDIANESTESIA
- ② ASSÉPSIA + ANTI SÉPSIS + RCE
- ③ REALIZAÇÃO LAVAGEM EXAUSTIVA COM S.F. 0,9% 2x + DEBRIDAMENTO DO TECIDOS MORTOS.
- ④ REPOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO
- ⑤ SUTURA DOS TECIDOS POR PLANOS + EVACUAÇÃO
- ⑥ PCT ENTENDIDA A RPA



[Handwritten signature]
Luzia Regina de Souza
Cirurgiã Geral
cad. 4310



UNION - UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA

(CONTA GUBERNA 90.000.000)

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00
UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00
UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00
UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00
UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00

UNIAO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
VIA: AV. ARACATI, 100 - JARDIM ARACATI
ALUGUELO: 1.000,00



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AS)**Folha
1/2**Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS2 - NOME DO ESTABELECIMENTO LAUDANTE
2253054

7 - CNES

SANTA CASA DE

4 - CNES

2253054**Identificação do Paciente**

3 - NOME DO PACIENTE

MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

0205191-19

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/05/1993

9 - SEXO

M

10 - Etnia

Q

10 - NOME DA MÃE

VERA LUCIA DE OLIVEIRA VIERA

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

EDMUNDO CONRAD 226 - COHAB FRAGATA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PELOTAS

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

4314407

15 - UF

RS

16 - CEP

96000-500

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

18 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

INFECÇÃO LOCAL PELE DO TETO DO SUBCUTÂNEO L08.9

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DEBIDAMENTO DE FASCIITE NECROTIZANTE

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

10.4.1.5.04.100.2.7

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI DE ACOMPANHANTE

29 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A

31 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0.8.0.2.0.1.0.1.9.9.5.4

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

08.0.0.5.0.1.0.0.4.0.0.1

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE

35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0.8.0.0.2.0.1.0.0.1.6.6.0

39 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente internado para submeter-se a debridamento de fasciite necrotizante.

Solicito Diária de permanência maior

Ultrassonografia doppler colorido vas

Diárias de acompanhante ed

Dr. Rafael de Almeida

CRM 2226

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Angel Eduardo Bortolotto

CRM 2226

40 - ENDEREÇO

41 - CNES

42 - Nº DO DOCUMENTO

43 - Nº DO DOCUMENTO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



Atendimento: 0205171 19 Intervenção: 0208263 S

PACIENTE DE OLIVEIRA VERA

Nome: _____ Sexo: MASCULINO Data de Nascimento: 05/12/1993

Residência: _____ Endereço: C/ JACINTO JOSE 11 - TRAIUNHA LUSA CEP: 402 - 40 Data de Intervenção: 02/07/2019 ✓

Responsável: _____

Diagnóstico pré-operatório: _____

Diagnóstico pós-operatório: _____

Cirurgia realizada: Cirúrgico Cirúrgico

Exame radiológico trans-operatório: _____

Complicações pós-operatório: _____

Cirurgião: R. Maral 1º auxiliar: R. Mano

2º auxiliar: R. Danilo 3º auxiliar: _____

Anestesista: _____ Anestesia: _____

Interação: _____ Cirurgia: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1) Sob anestesia

2) ARA + CCE

3) Incisão sobre a nádega para

4) sutura da pele + sutura dos tendões

5) sutura dos tendões + sutura dos ossos

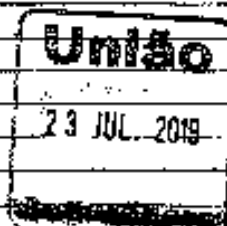
6) sutura dos tendões + sutura dos ossos

7) sutura dos tendões + sutura dos ossos

8) sutura dos tendões + sutura dos ossos

9) sutura dos tendões + sutura dos ossos

10) sutura dos tendões + sutura dos ossos



Manoel Luiz de Aguiar
Médico
CRM: 22713

cd 4390



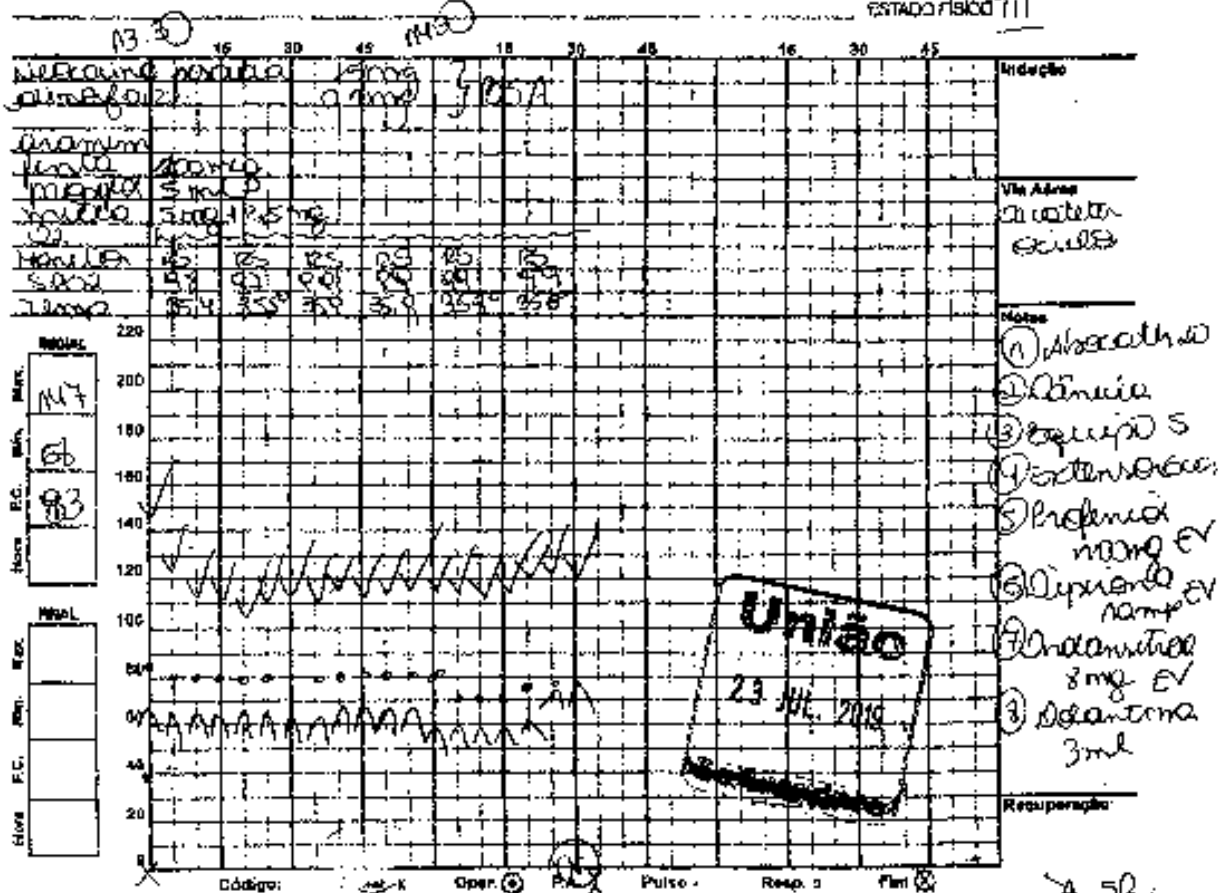
ENTÃO E AMBULATORIAL

TESIA

Quarto: _____ Hosp.: 5C
 Date: 22.03.19 Setor: 06

OPERAÇÃO PROPOSTA: Exatise biológica
DIAGNÓSTICO: fratura exposta (acidente automobilístico);
fratura + infecção local
DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS: Paciente não alérgico a os
condensados. Terceiro maxilar. Enxerto prévio
(gênio + maxilar) - local -

ESTADO FÍSICO |||



A 52

Técnica Raio X 27

Amesbury, com L4-15
Anestésico Mantol Mantol Unipol
Operação realizada Mantol Mantol Unipol

07-70 Executive Summary

14.30

FLUIDOS	
INICIADOS	ABSORVIDOS
Sol. Glic. _____	_____
Sol. Fiecl. _____	_____
Kingston L. <u>500-500</u>	<u>300</u>
_____	_____
Sangre _____	_____



Centro de Diagnóstico por Imagem

Tomografia Computadorizada

Medicina Nuclear

Ressonância Magnética

Ultrassonografia

Mamografia

Raio - X

Atendimento: 1745622-19

Paciente: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Médico solicitante: DR RENAN DE OLIVEIRA BARBOSA

Convênio: SUS

Cód. exame:

Data: 25/03/2019

Idade: 25,1

Sutor: SAO JOSE II -
SAME.0288263

Quarto/Leito: 402/12

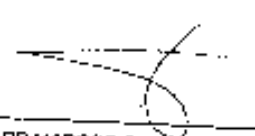
ECODOPPLER ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

As artérias femorais comum, superficial e profunda, bem como as porções passíveis de avaliação da artéria poplítea, são vasos péricios, com trajeto e calibre usual, apresentando fluxos vasculares preservados.

As porções passíveis de avaliação das artérias tibiais anterior e posterior apresentam-se péricios e com calibre usual, com fluxos vasculares preservados.

CONCLUSÃO:

Ecodoppler arterial do membro inferior direito sem evidência de comprometimento hemodinâmico.


DR MARCOS GÊBER ANDREAZZA
CRM 30246



131.04362.69-5

3111692

003-0

RS

Município de Oliveira Vieira



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

DECLARAÇÃO CIVIL - BRASIL

MAURICIO DE OLIVEIRA VIEIRA

FILIAÇÃO: --- MARCO AURELIO SOUZA MACH VIEIRA
VERA LUCIA DE OLIVEIRA VIEIRA

MAFAMENTO: 21/07/1980 Gênero: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: PELOTAS - RS

DOCUMENTO: --- C NASC 45188 UN 4196 FL3 142 1ª TONA

LEI Nº 9.094 DE 18 DE MARÇO DE 1996

CNPJ: 027.183.270-01

TÍT. ELEITOR: ---

LOCALIDADE DE EMISSÃO: FOTAS DE PELOTAS - 07/06/2018



03



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

STIANNA FERNANDES

119670022 39/02/78

538.767.842-72 09/02/1966

SUZANES FERNANDES

JURACY FERNANDES

PRIMEIRO PLASTIFICO

1034562760

03558730238 21/01/2020 06/04/2009

22/01/2015

2908483470

23164647149

20/01/2015



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190442902 **Cidade:** Pelotas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA 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 DO FÊMUR DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA.(P1/2/3/5/8/9FC/10/11/12/15/16FC/19FC/20)

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190442902 **Cidade:** Pelotas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA.(P1/2/3/5/8/9FC/10/11/12/15/16FC/19FC/20)

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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: 3190442902

Vítima: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILMARA FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

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,

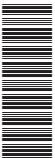
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14611922

Pag. 00425/00426 - carta_01 - INVALIDEZ

00050213





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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190442902

Vítima: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILMARA FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

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 joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **4424**

Conta: **0000010291-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Seguro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 027.189.370-25 4 - Nome completo da vítima: Maurício de Oliveira Vieira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: Maurício de Oliveira Vieira 6 - CPF: 027.189.370-25
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Trav. Getúlio Vargas da Cruz 9 - Número: 226 10 - Complemento:
11 - Bairro: Freguesia 12 - Cidade: Pelotas 13 - Estado: RS 14 - CEP: 96050-000
15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:
☐ RECLUIR 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4424 CONTA: 10201
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

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 ativação do crédito, a 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei E-194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE BÊNEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (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 usarem 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: Pelotas, 08/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19010115B01



Para maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novo/bat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com **MÉDIA** ou **GRANDE MONTA**, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por MOREIRA, marcelo 1072691, Polícia Rodoviária Federal, em 28/07/2019, conforme legislação de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na Portaria nº 12 do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser conferida em <http://www.prf.gov.br/novo/bat/autenticar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número do usuário FA25B547FDLLBEAT/CAR2198D8C649.

19





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

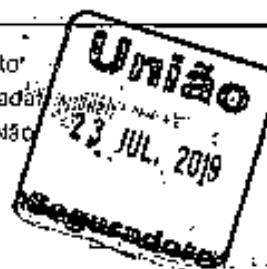
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 24/02/2019 Hora: 21:50 Município: PELOTAS/RS
BR: 392 KM: 90,4 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: MOREDA, 1072691

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Declive
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Chuva

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Molhada
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Pôr do Sol



IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Protocolo: 19010115B01 No dia 24/02/2019, por volta das 21h50, no Km 90,4 sentido crescente da BR 392, em Pelotas-RS, ocorreu um acidente, do tipo Tombamento com 02 feridos. O veículo envolvido (V1) Scania/G420 de cor branca, placas IQV8219/RS tração traseira com S/Rs placas ISE 2149/RS e ISE 2147/RS conduzido por Marcos Antonio Coelho de Oliveira com lesões leves, sendo também vítima com ferimentos graves o passageiro Maurício de Oliveira Vieira socorrido pelo Ecosul ao HPS de Pelotas. FATOR PRINCIPAL DO ACIDENTE: Velocidade incompatível. Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que veículo (01) transitava no sentido Pelotas x Canguçu, quando desgovernou, vindo a tombar sobre a pista, derramando sua carga de ração animal, causando lesões nos dois ocupantes e danos ao veículo. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações registradas nessa narrativa e interpretação dos vestígios materiais identificados no local, conclui-se que o fator principal do acidente foi a velocidade incompatível, mas também a falta de atenção a condução. Realizados registros fotográficos, medições não foram realizadas. A velocidade no local é de 40 km/h. A ultrapassagem é permitida no sentido crescente. A rodovia é devidamente sinalizada tanto horizontalmente quanto verticalmente. O Resgate e médico da Ecosul fez o atendimento no local e encaminhamento das vítimas feridas ao HPS de Pelotas, onde ficaram para atendimento.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



O documento assinado eletronicamente por MOREDA, matrícula 1072691, Polícia Rodoviária Federal, em 28/03/2019, conforme horário oficial do Brasil, tem validade jurídica nos termos do Art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2003, no art. 8º do Decreto nº 8.539, de 6 de outubro de 2016 e no art. 1º da Lei nº 20.311, de 13 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/infomex/autenticar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle FA26B3A71-0LLUBA7CUP715(UJUE)AC44.

19



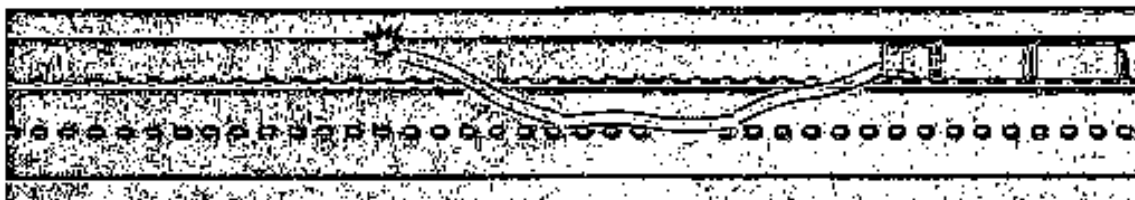
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01



Local parcialmente preservado



← Cargos

→ Faltas

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Tombamento	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por MOREDA, marcelo 1017091, Polícia Rodoviária Federal, em 25/02/2019, conforme sistema oficial de assinaturas com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no Art. 6º do Decreto Nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na Resolução do Inpec nº 10 de 3º de fevereiro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/informacao/autenticar>. Informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle FA2695A7FDEEBAC692190D81BC49.

19

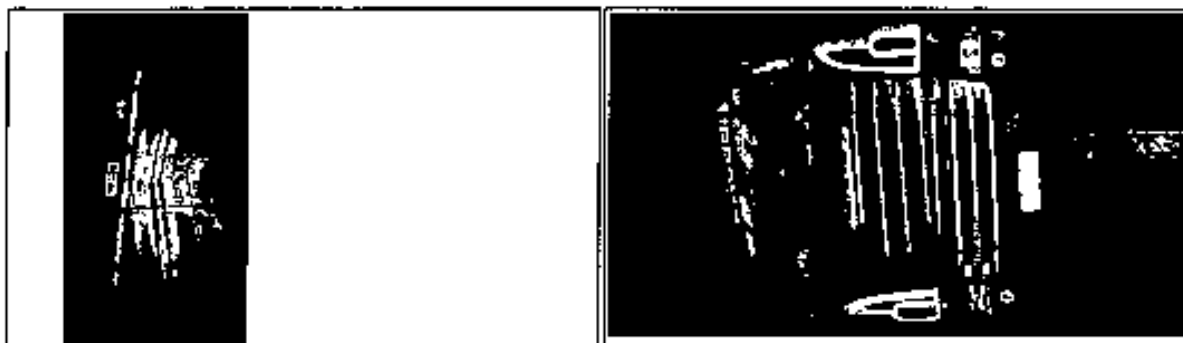


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115801

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - IQV8219 - CAMINHÃO-TRATOR

V1 - Informações

Placa: IQV8219 Marca/modelo: SCANIA/G 420 A4X2
Ano fabricação: 2010 Chassi: 9BSG4X20DA3663000

Renavam: 00213914930
Tipo de veículo: Caminhão-
trator

Espécie: Tração Categoria: Aluguel

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por ADRIANA, matriculada 1072061, Polícia Rodoviária Federal, em 28/02/2019, conforme lista oficial de Brasília, com fundamento no 1º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 2º do Decreto nº 5.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/informatica/autenticidade>. Informando o protocolo 19010115801 e o número de controle FA28B5A7F0EEBBAFC0219B05EBC49.

19





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / SCANIA/G 420 A4X2

Placa: IQV8219

Nº BOAT: 19010115B01

Nome do Agente: MOREDA

Matrícula do Agente: 1072691

Data: 24/02/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente
			Sim Não NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M	X
3	Para choque traseiro danificado.	M	X
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X
6	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M	X
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M	X
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G	X
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M	X
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X
16	Air bags (se existir)	M	X

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por MOREDA, matrícula 1012691, Polícia Rodoviária Federal, em 28/02/2019, conforme modelo oficial de função, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 12.200-2, de 24 de Agosto de 2001, no art. 8º do Decreto nº 8.534, de 11 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso III do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-BG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade (assinatura digital) pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/moreda/verificar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle FA265A7FDEE9AFC09219BD81AC49

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115801

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por MQRLOA, matrícula 1012641, Polícia Rodoviária Federal, em 28/02/2019, conforme Portaria oficial da Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º da Lei nº 11.530, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/movob/assentica>, informando o protocolo 19010115801 e o número de controle F4265A7F0E88AFC62148D2E8C41.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

Placa: ISE2147 Marca/modelo: SRM 163FI A10 SRCD 2E
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9A9CD3142C1 D.15030
Espécie: Carga Categoria: Aluguel
Manobra no momento do acidente:
Informações complementares da carga: perdida

Renavam: 00340/82447
Tipo de veículo: Semirreboque
Cor: Branca

V1R1 - Proprietário

Nome: HERTER CEREAS LTDA
Email:
Endereço: LUPANCIREIA-RS

CNPJ/CNPJ: 04.830.826/0001-28
Telefone:



Este documento assinado eletronicamente por: MORENO, Marcelo Roberto - Procurador, em 28/02/2020, conforme a Ata Oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 1º da Lei nº 8.932, de 14 de maio de 2015, e no art. 1º da Lei nº 8.932, de 14 de maio de 2015.
A autenticidade do documento pode ser verificada no site: <http://www.pje.jus.br/assinatura>, informando o protocolo: 19010115B01 e o número de controle: 1A993A411171AF262219328E0C49.

19





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

V1R1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1R1 / SR/LIBRELATO SRCD 2E

Placa: ISE2147

Nº BOAT: 19010115B01

Nome do Agente: MOREDA

Matrícula do Agente: 1072691

Data: 24/02/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente
			Sim Não NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel porta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga; ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga; ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M	X
3	Para choque traseiro danificado.	M	X
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M	X
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G	X
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M	X
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X
16	Air bags (se existir)	M	X

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por MOREDA, matrícula 1072691, Policial Rodoviário Federal, em 28/02/2019, conforme sistema oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.300-7, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 8.639, de 8 de outubro de 2015 e no art. 13 da Instrução Normativa Nº 61-DE, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade do documento pode ser verificada no site: <http://www.prf.gov.br/mrp/validar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle 1A2089A1F07F0A4FCA92193DBE3C49.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

VIR1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

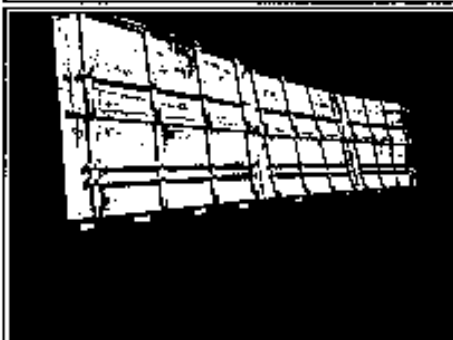


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

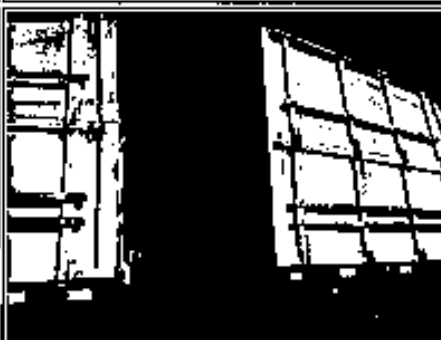


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por MIRLEDA, matrícula 1073691, Polícia Rodoviária Federal, em 28/02/2019, conforme autenticação oficial do Brasil, com fundamento no § 2º da Lei 10.181/2001 e no Art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-005, de 12 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/mobilidade/verificar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle F426B5A7FDEEB1C4521960E1A042.

19





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

TRACIONADO (REBOQUE/SEMI-REBOQUE E OUTROS) DO VEÍCULO 1 - V1R2 - ISE2149

V1R2 - Informações

Placa: ISF2149 Marca/modelo: SR/LIBRELATO SRCT 2F Renavam: 00340/84040
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9A9C13122CLDJ6030 Tipo de veículo: Semireboque
Espécie: Carga Categoria: Aluguel Cor: Branca
Manobra no momento do acidente:
Informações complementares da carga: perdida

V1R2 - Proprietário

Nome: HERTER CERFAIS LTDA CPF/CNPJ: 04.930.028/0001-28
Email: Telefone:
Endereço: DUPLICATA-JA-RS



Documento assinado eletronicamente por CORDEIRO, ANTONIO YVES, em 10/03/2020, às 16:10:38, no âmbito da Polícia Rodoviária Federal, em 2020, com a finalidade de registro de trânsito, com fundamento no § 2º do art. 17 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto nº 11.519, de 10 de outubro de 2013 e no alvará de implementação nº 14 da Instrução Normativa RST-000, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <https://pje.trf.jus.br/assinatura/validacao>.
O protocolo 19010115B01 tem número de controle 1A9F641FDEE3B4F062193282C019.

19





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

V1R2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1R2 / SR/LIBRELATO SRCT 2E

Placa: ISE2149

Nº BOAT: 19010115B01

Nome do Agente: MOREDA

Matrícula do Agente: 1072691

Data: 24/02/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Se sofreu dano no acidente
			Sim Não NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver), atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M	X
3	Para choque traseiro danificado.	M	X
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X
5	Avaria em qualquer um dos eixos.	M	X
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M	X
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M	X
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G	X
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M	X
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X
16	Air bags (se existir).	M	X

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por MOREDA, matrícula 1072691, Polícia Rodoviária Federal, em 24/02/2019, conforme certificação oficial de Brasília, com fundamento no 5º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Lei nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na Portaria nº 147 de 14 de maio de 2015. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/validacao/validar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número do controle FA26B5A7F0C4EAF06A219D0A7E049.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01



V1R2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por MDREDA, matrícula 1077691, Polícia Rodoviária Federal, em 28/02/2019, conforme modelo oficial de Assinatura, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Lei Nº 11.550, de 8 de outubro de 2015 e na Lei Nº 13.105, de 9 de novembro de 2015, e no art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desta assinatura pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/segurancas/autenticar>, inserindo a matrícula 19010115B01 e o número de controle CA2685A7FDFE8BAFC69219BDBEC49.

19





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Seguro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 027.189.370-25 4 - Nome completo da vítima: Maurício de Oliveira Vieira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: Maurício de Oliveira Vieira 6 - CPF: 027.189.370-25
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Trav. Getúlio Vargas da Cruz 9 - Número: 226 10 - Complemento:
11 - Bairro: Freixo 12 - Cidade: Pelotas 13 - Estado: RS 14 - CEP: 96050-000
15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:
☐ RECLUIR 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: 4424 CONTA: 10201

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

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 entrega do CRPQ, a quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREDOMÍNIO 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 da 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 período.

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 E-194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE BÊNEFICIÁRIOS - PREDOMÍNIO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (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 usarem 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: Pelotas, 08/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



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:	01/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04424

CONTA: 000000010291-0

Nr. da Autenticação BD46384753A34BAA



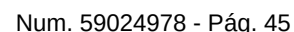


Número da UC
52867358

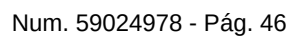
1.9LFEbapn/ly 4211/172002367

DESCRIPTION	QUANTITY	PRICE	VALUE TOTAL
CONCRETO	112	R. 83.194	93.48
ADICIONAL BANDO. AMARELA			1.51

Indicadores de Confiabilidade do Fornecimento (deixando-se em branco os campos referentes a conjunto elétrico de sua UA: PRODOTOS 2				Unidade
	Mensal	Trimestral	Anual	Realizado
DIC Duração das interrupções (h)	4,83	9,67	19,34	0,00
FIC Quantidade de interrupções	3,17	6,35	12,70	0,00
DMIC Duração máxima de interrupções (h)	3,69			0,00
DMIC Duração das interrupções médias (minutos)	12,22			
EUSD Desgaste da Unidade Sistema de Eletrotécnica (Kv)				20,10



União
23 JUL. 2019





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 221706 (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=25636>

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 do seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu SILMARA FERNANDES inscrito (a) no CPF sob o Nº 538.767.849-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAURICIO DE OLIVEIRA VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 027189370/25 do sinistro de DPVAT cobertura INVALID 262 da Vítima MAURICIO DE OLIVEIRA VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 027189370/25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: EMPRESÁRIA Renda: R\$4.077,98 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ PRO-LABORE

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 <u>RUA SANTOS DUMONT</u>		Número <u>210</u>	Complemento
Bairro <u>CLINTON</u>	Cidade <u>PELOTAS</u>	Estado <u>RS</u>	CEP <u>96.020-380</u>
E-mail <u>contatormaisfacil@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>53</u> <u>30245118</u>	Telefone celular (DDD) <u>53</u> <u>984418113</u>

Peletas, 23 de Julho de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

União
23 JUL. 2019

OLDRL.001 V001/2017



FICKS & FERNANDES SERVIÇOS DE ESCRITÓRIO LTDA - ME				
CNPJ: 20.511.824/0001-33				
CC: DIRETORIA				
Mensalista				
Folha Mensal				
Marco de 2019				
Nome do Funcionário				
1 STELMARA FERNANDES				
SÓCIA				
Código				
141410				
Admissão: 01/08/2014				
Código	Descrição	Retenções	Vencimentos	Descontos
100	PRO-LABORE	220,00	4.990,00	
843	INSS EMPREGADOR	11,00		548,90
656	IARR EMPREGADOR	22,50		363,12
Matrícula INSS:				
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.990,00	912,02
			Valor Líquido	4.077,98
Salário Base	Sal. Contrib. INSS	Descontos INSS	Fórmula de Cálculo	Sal. Líq. 2019
4.990,00	4.990,00	0,00	0,00	4.041,10
				Valor RPP
				22,50

União
23 JUL. 2019





10/03/2020

Número: **0002455-04.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **31/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59024976	10/03/2020 16:10	ANEXO 2	Outros (Documento)

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

NOME
JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

FOTO

DIG. AUTENTICAÇÃO / Cód. Segurança
8422779-008-00

CPF
083.295.108-16

DATA NASCIMENTO
02/06/1990

ENDEREÇO
RUA GOMES DE SOUSA
FRANCISCO MARQUES DE SOUSA

PROFISSÃO
ACD
CÓD. PROFISSÃO
23

PLACA
04880797490

VALIDADE
04/02/2020

EXPIRAÇÃO
26/02/2020

CLASSIFICAÇÃO
B

DESTINAÇÃO
Motorista Ativo Remanescente

ASSINATURA

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
25/01/2015

ASSINATURA

32702778182
98043073215

DETTRAN - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODAS TERRITÓRIAS NACIONAIS
1024202044

REGISTRO PLASTIFICAR
1024202044

21 AGO 2019



21 AGO 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DOS DEDOS.

Resultados terapêuticos: DEFICIT DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA .

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2019

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DOS DEDOS.

Resultados terapêuticos: DEFICIT DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA .

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR 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: @PAG 6. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO, brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, Profissão AGRICULTOR residente e domiciliada na rua BARÃO
DE LUCENA, N° 116, Bairro DISTRITO VARGINHA, município de
SERRA TALHADA, Estado de (o) PE, cep: 56.923-000,
portador(a) do RG n° 37831244, SSP-SP e CPF n° 260.043.368-66

Outorgado: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, residente e
domiciliada na Rua Agostinho Nunes de Magalhães N° 58, Nossa Senhora da Penha, Serra
talhada -PE, cep:56903-510, portador(a) do RG n° 8.232.379 SDS-PE e CPF n° 089.205.184-16.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do consorcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de transito o(a) Sr.(a) EDILSON JOSE DO NASCIMENTO
ocorrido em 25/05/2019, conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse,
podendo requerer o **credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de**
quitação da indenização de sinistro DPVAT, nomeio e constituo o acima qualificado a quem
confio poderes para representar-me perante as **SEGURADORAS** que constitui o **COSÓRCIO DO**
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Serra talhada- PE , 11 de JULHO 2019

Edilson Jose do Nascimento

OUTORGANTE

CPF n° 260.043.368-66

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO AMARAL DA SILVA
Telefone: (07) 30211-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de EDILSON JOSE DO NASCIMENTO. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Amaro da Silva Titular. () Maria Lúcia de Sousa Substituta. Emol-R\$ 0,39. TSM-R\$ 0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.YDK06201902.02620 11/07/2019 11:29:01
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF 187.088.884-70

21 AGO 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287535/19

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 260.043.368-66

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO : 260.043.368-66

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: 21/08/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES





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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190491183 Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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. 01933/01934 - carta_02 - INVALIDEZ

00010967



Carta nº 14754841





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, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491183

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000238

Conta: 00000422654-9

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





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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491183

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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 14911549

Pag. 00569/00570 - carta_01 - INVALIDEZ





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:

260.043.368-66

4 - Nome completo da vítima:

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

6 - CPF:

260.043.368-66

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA BARRO DE LUCENA

9 - Número:

118

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

DISTRITO VARZINHA

12 - Cidade:

SERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56923-000

15 - E-mail:

JOAQUIM NETO 769 @ EMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(87) 988467128

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0238

CONTA:

42.2654

9

AGÊNCIA:

CONTA:

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 (assinalar uma das opções):

☒

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

☐

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

☐

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

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:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, SERRA TALHADA - PE, 21/07/2019

21 AGO 2019

Edilson Jose do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

S.001 V002/2019



**Lauda 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: 3190491183
Nome do(a) Examinado(a): Edilson Jose do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Barao de Lucena, 118
Distrito Varzinha Serra Talhada PE CEP: 56903-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 37831244
Data local do acidente: [25/05/2019]
Data local do exame: [06/09/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 23/07/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DOS DEDOS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.
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 o 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 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 | 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Genesio A. Silva
CRM: 15.132
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267002580**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2019** às **17:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/5/2019** às **04:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO MALHADA DO BOQUERÃO - BETANIA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BETANIA, 1 - Bairro: VILA SÃO CAETANO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / SENTIDO SERRA TALHADA/BETANIA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO CARMO DO NASCIMENTO Pai: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 15/10/1975 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **RUA BARÃO DE LUCENA - DISTRITO DE VARZINHA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 118 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KHG8046** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **973436395** Chassi: **9C2KD03308R051524**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA/NXR150 BROS ES**

21 AGO 2019

07/07/2019 17:09



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A VITIMA NESTE BOLETIM NOTICIANDO QUE CONDUZIA SEU VEICULO MOTOCICLETA NA BR 232, ENTRANDO NA PE-340, SENTIDO SERRA TALHADA/BETANIA; QUE NO LOCAL CONHECIDO POR SITIO MALHADA DO BOQUERÃO, UM ANIMAL RURAL (VACA) ATRAVESSOU A PE-360; QUE A VITIMA DESVIU DO ANIMAL, VINDO A CAIR NAS MARGENS DA RODOVIA; QUE A VITIMA SOFREU LESÃO NO PULSO DA MÃO ESQUERDA; QUE A VITIMA CONSEGUIU SE DESLOCAR ATE RESIDENCIA DE UM POPULAR QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL DE BETANIA, VINDO POSTERIORMENTE A DAR ENTRADA NO HOSPAM, CONFORME BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE EMERGENCIA Nº 87; QUE A VITIMA NÃO SABE A QUEM PERTENCE O ANIMAL QUE ESTAVA SOLTO NA RODOVIA. ESTE REGISTRO DESTINA-SE AOS DEVIDOS FINS, NADA MAIS A RELATAR, ENCERRO.

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WERLOW FONSECA DA SILVA** -- Matrícula: **221.769-4**



21 AGO 2019

07/07/2019 17:09



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

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:

☒ RECURSO 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: 0238 CONTA: 422654 9 AGÊNCIA: CONTA:

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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(a) nascido(a)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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) 21 AGO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

S.001 V002/2019



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO

CAUSA -> VERSE ->



FICHA DE ATENDIMENTO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

NOME: <u>Edilson José do Nascimento</u>	Nº REGISTRO:
DATA: <u>25.05.19</u>	HORA: <u>05:08</u>
CNS: <u>898 0014.470.8832</u>	DN: <u>15.10.15</u> ID: <u>45</u>
NOME DA MÃE: <u>Maria do Carmo do N</u>	SEXO: <u>M</u>
PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>	TELEFONE:
END: <u>Mulhada do Boqueirão</u>	CIDADE: <u>Betânia - PE</u>

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS							
PA: <u>110x90</u>	HGT:	T:	S02:	FC:	DOR:	IG:	PESO:

ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor			Média dor			Grave dor				

Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA ☐	AMARELO ☐	VERDE ☐	AZUL ☐
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA BREVE:

DROGAS:

ALERGIAS:

DOENÇAS PREEEXISTENTES: HAS () D. MELLITUS () NENHUMA () OUTRAS:

CONDUTA INICIAL:

REAValiação:

1ª HORA:

2ª HORA:

Enfermeiro Responsável

21 AGO 2019

Rua Rufina Passos Jardins, SN Centro, Betânia-PE
CNPJ: 19.259.219/0001-38 - CEP: 56.670-000 - Fone: (87) 99806 - 4749

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Quebra de alato
Trauma mto exposto.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

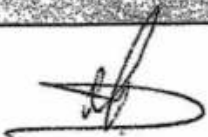
1°
2°

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Dipirona sup > 1x1 05.35
2. Paracetamol sup >
3. Talatol 20mg > IV Repetido 09.35
4. Sfo, 1% 200ml >
5. Repouso
6. Obs -

DESTINO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO () INTERNADO () TRANSFERIDO () EVADIU-SE () ÓBITO ()


Médico

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM 22.000

21 AGO 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:	24/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	945,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

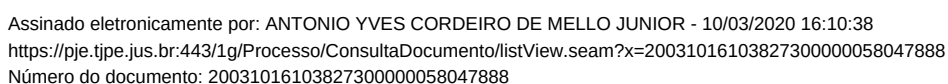
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00238

CONTA: 000000422654-9

Nr. da Autenticação 4202BCFDA9E586E0





DADOS DO CLIENTE
JOSE LUIS MARQUES DE SOUZA
RG-0878800082-MT-PE

CPF: 082.604.464-10

CLASSIFICAÇÃO
E3 COMERCIAL
COMERCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

N SA DA PENHWSERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
8003-510

005694878	ÔNICA	12/06/2019
12/06/2019	2000781008	3675483

50903-510	
CONTA CONTINUA	MESES
4009422396	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO E DEVOLUÇÃO
19/06/2019	12/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	194,69

12/09/2019	20070108	367463	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		
			QUANTIDADE	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo(WWh)			210,0000000	0,74103672	155,60
Acrescimo Bandeira AMARELA					1,50
Contrib. Ium. Pública Municipal					20,00
ICMS Subvenção-CDE-HF 054186051-1-1560419					1,10
ICMS Subvenção-CDE-HF 056020108-1200419					1,25
Multa por atraso-HF 056020108-1200419					3,00
Juros por atraso-HF 056020108-1200419					1,85
Atualização ICPM-HF 056020108-1200419					1,04

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL							
Nº DO RECEIVO	TIPO DA FUNÇÃO	ANEXO	SERIAL	Nº DO CONSUMO	ANEXO	CONSUMO PREVISTO	CONSUMO REALIZADO
20022978	CAT	14-06-2019	33.371,20	13-06-2019	33.371,20	30	24,00

[illegible]

04218 387
04518 371
04718 361
04918 339
05018 325
05118 303
05218 304

CAFT F25C 3904 9101 F00JADF8.5F0F PFFC

INDICACIONES IMPORTANTES

Praga e o principal ponto de partida para o comércio exterior, e os dois países também são os principais parceiros comerciais. A República da Eslováquia é o segundo país da região a exportar para a Alemanha, com 10,5% do total das exportações. A Alemanha também é o principal parceiro comercial da Eslováquia, com 10,5% do total das importações. A República da Eslováquia também é o principal parceiro comercial da Alemanha, com 10,5% do total das importações. A República da Eslováquia também é o principal parceiro comercial da Alemanha, com 10,5% do total das importações.

ATENÇÃO! A CELPE SIFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAS EM ABERTO

STATE OF NEW YORK, DEPARTMENT OF TAXATION AND FINANCE					
Year	Debit	Year	Year	Debit	Year
218519	138279	16334			

State of New York, Department of Taxation and Finance, Office of the State Comptroller, Albany, New York. This document is a copy of the original document filed with the State Comptroller, Albany, New York. It is not a certified copy. The original document is the only one that should be used for legal purposes. This document is a copy of the original document filed with the State Comptroller, Albany, New York. It is not a certified copy. The original document is the only one that should be used for legal purposes.

	RENTAS	RENTAS	RENTAS	RENTAS
	RENTAS	RENTAS	RENTAS	RENTAS
RENTAS	0,00	0,00	0,00	0,00
RENTAS	0,00	0,00	0,00	0,00
RENTAS	0,00	0,00	0,00	0,00

Die 100 wichtigsten Personen des Jahres 2007 sind hier zu sehen. Die Liste ist alphabetisch sortiert. Die Namen sind in der Originalsprache angegeben. Die Übersetzung ist in Klammern gesetzt. Die Liste ist alphabetisch sortiert. Die Namen sind in der Originalsprache angegeben. Die Übersetzung ist in Klammern gesetzt.

CONTRA CONTINUA
 05/20/19
 19/08/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$)
 194,6
 0000000000001 0 84690011004 5 00942239610-2 13992534553-0



21 AGO 2019





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 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 JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 089.203.784 / 176, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 260.043.368 / 166

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 260.043.368 / 166, 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: RUA AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES

Número: 58

Complemento: 1º ANDAR

Bairro: NOSSA S. DA PENHA Cidade: SERRA TALHADA

Estado: PE

CEP: 56903-510

E-mail: JOAQUIM NETO 760 R 6 MAIL.COM

Tel.(DDD): (87) 996460348

Local e Data: SERRA TALHADA-PE, 14/07/2019

Joaquim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante

21 AGO 2019

DLDR.001 V001/2017



FICHA DE ATENDIMENTO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

NOME: <u>Edilson José do Nascimento</u>	Nº REGISTRO:
DATA: <u>25.05.19</u>	HORA: <u>05:08</u>
CNS: <u>898 0014. 2710. 8832</u>	DN: <u>15.10.75</u> /ID: <u>45</u>
NOME DA MÃE: <u>maria do Carmo N</u>	SEXO: <u>M</u>
PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>	TELEFONE:
END: <u>Matrãda do Boqueirão</u>	CIDADE: <u>Betânia -PE</u>

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS							
PA: <u>110x90</u>	HGT:	T:	S02:	FC:	DOR:	IG:	PESO:

ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero correspondente a ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor			pouca dor				

Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA ☐	AMARELO ☐	VERDE ☐	AZUL ☐
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------

QUEIXA PRINCIPAL:
HISTÓRIA BREVE:

DROGAS:	
ALERGIAS:	
DOENÇAS PREEXISTENTES: HAS () D. MELLITUS () NENHUMA () OUTRAS:	
CONDUTA INICIAL:	
REAValiação:	1ª HORA:
	2ª HORA:

Enfermeiro Responsável

21 AGO 2019

Rua Rufina Passos Jardins, SN Centro, Betânia-PE
CNPJ: 19.259.219/0001-38 - CEP: 56.670-000 - Fone: (87) 99806 - 4749



ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Quebra de alato
Truque mio expul.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

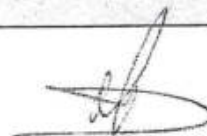
1ª
2ª

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Dipirona sup	> IM 05.35
2. Romiprazina sup	
3. Talatol 20 mg	> IV Repetida 09.35
4. Sfo, 1% 200 mg	
5. Repouso	
6. Obs -	

DESTINO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO ()	INTERNADO ()	TRANSFERIDO ()	EVADIU-SE ()	ÓBITO ()
----------------	---------------	-----------------	---------------	-----------


 Médico

Dr. Hugo Roberto Mello
 Médico
 CRM 2003

21 AGO 2019



14:26h

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 84

Data: 25-05-19	Nome: Edilson José do Nascimento	Profissão: agricultor	Estado Civil: Solteiro
Nascimento: 15-10-75	Sexo: masc.	Responsável: O mesmo	
Escolaridade: 2ª Letra	Mãe: Maria do Carmo do Nascimento		
Endereço: Rua - Paraisópolis, 118	Bairro: Nogueira	Município: St. PE	Fone:
Cartão SUS:	RG/CPF:		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
	Amarela	Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☒ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa: TRAUMA NA MÃO E FUNTO ESE
APÓS COLISÃO MOTOCICLETA HOJE PARA
MANUTENÇÃO.

PA: 120x80 Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow: 15

Medicações em uso: 100x

Intolerâncias/Alergias: NENHUMA

Fluxograma: DITOPE-DA

Carimbo e Assinatura: Paulo Cesar F. Ferraz

COREN-PE/BATIS: 236943-EN

11:43

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Paciente com história de queda de moto
a cerca de 10lv. refere dor e edema
em mão E

Tratamento:

Rx mão E AP e oblíquas
Imobilização mão D: Fenda Omax de mto

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

Dr. Nelson P. Carvalho Filho
Cirurgia Geral
CREMEPE 20349 - CRM-PB 9443

21 AGO 2019





HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: Edison Barbosa

Permissão

de

12-11

Dr. Edson Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.172
CEM - FOM: 9.5936-0112

Data: 25/05/19

Médico - CRM

21 AGO 2019





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que

EDILSON JOSE MACHADO

Necessita de 30 (trinta) dias de licença para tratamento de saúde, a partir da presente data.

CID = S62.3

Serra Talhada, 25/05/19

Dr. Edson de Sá
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
Rég. - 2015-0112
Médico - CRM

21 AGO 2019



EDILSON JOSÉ DO NASCIMENTO

Paciente vítima de colisão de moto com animal, no dia 25/05/2018 no município de Betânia. No mesmo dia realizou exame de imagem no HOSPAM onde se evidenciou fratura de metacarpo da mão esquerda.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em mão esquerda, com força prejudicada, não conseguindo fazer a flexão completa dos dedos.

No momento, apresentando déficit funcional de 70% em mão esquerda e déficit laboral em 70% para suas atividades de agricultura.

SERRA TALHADA, 23 DE JULHO DE 2019.

dra. Yamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.615

MÉDICA

21 AGO 2019

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com



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

1180372784

RENILSON JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 37831244-800/SP

CEP: 260.043-368-60 **DATA NASCIMENTO: 15/10/1975**

ENDEREÇO: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
0
MARTA DO CARMO DO NASC
IMBETTO

PROFISSÃO: [] **AC: []** **CEL. HAB: []**

SP: 03621686420 **VALIDADE: 21/09/2020** **EMISSÃO: 27/09/2005**

1180372784

SAO PAULO, SP **DATA: 21/09/2015**

23388189648
02687019435

DETRAN-SP (SAO PAULO)

21 AGO 2019

