



Número: **0000315-73.2019.8.17.2310**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bom Jardim**

Última distribuição : **08/07/2019**

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

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|--|----------------|
| JOSE DOMINGOS DA SILVA (AUTOR) | | EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 59291806 | 16/03/2020 10:35 | 2703005_CONTESTACAO_01 | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOM JARDIM/PE

Processo: 00003157320198172310

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 **JOSE DOMINGOS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **17/07/2018**, restando permanentemente inválida.

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

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

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

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



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO

PROCURAÇÃO DESATUALIZADA

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que o não há nos autos procuração atualizada.

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. "A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).

2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.

3. "A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts.

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;



13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

AgRg no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)

Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária a outorga de mandado atualizada.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

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.

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180481950 Cidade: Orobó Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA Data do acidente: 17/07/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexoextensão e prono-supinação do punho direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30 dias

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em punho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

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.

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



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, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 17/07/2018. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DOMINGOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016915-5

Nr. da Autenticação BF89EA19CB93B446

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

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 ação⁸.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

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

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

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de 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,

BOM JARDIM, 6 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

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

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

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando 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 **JOSE DOMINGOS DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BOM JARDIM**, nos autos do Processo nº 00003157320198172310.

Rio de Janeiro, 6 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0000315-73.2019.8.17.2310**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bom Jardim**

Última distribuição : **08/07/2019**

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

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|--------------------|
| JOSE DOMINGOS DA SILVA (AUTOR) | | EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 59291807 | 16/03/2020 10:35 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |



| | | | |
|--|---------------|------------------------|-------|
| SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAOC - SEGURO DPVAT | | | |
| POLICY Nº: 1205-56700 BILHETE DE SEGURO DPVAT INSTRUMENTO DOMINIOS DA CIVILIA | | | |
| DATA DO SEU GANTUACIO 06/05/2013 14:00:00 | | | |
| CLASSIFICACAO TRAFICO MACRODOS DEL | | | |
| ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDICOES GERAIS DE COBERTURA | | | |
| www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204 | | | |
| EXERCICIO | | DATA EMISSAO | |
| 2013 | | 29/05/13 | |
| VIA | CATEGORIA | PLACA | PRECO |
| 1 | 05/066/679/58 | WPF3596 | |
| RENAVAM | | MARCA/MODELO | |
| 17/688232 | | HONDA/DDR140 CBROS SSD | |
| DATA FABR | CAPACIDADE | CUSTO DO SEGURO (R\$) | |
| 2012 | 150 | 9C2RD0540CP54/999 | |
| PREMIO TARIFARIO | | | |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | | CUSTO DO SEGURO (R\$) | |
| 125,00 | | 125,00 | |
| SEGURO DPVAT | | SEGURO DPVAT | |
| PAGAMENTO | | | |
| COTA UNICA | | PARCELADO | |
| | | | |
| MARCA DE QUITACAO | | | |
| | | | |
| SEGURADORA LIDER - DPVAT | | | |
| CNPJ: 09.280.000/0001-04 | | | |
| END: RUA DO COMERCIO, 100 - JARDIM BOA VISTA - SAO PAULO - SP | | | |
| CEP: 01303-000 | | | |
| FONE: (11) 3061-1204 FAX: (11) 3061-1205 | | | |
| E-MAIL: SAC@LIDER.COM.BR | | | |
| ORÇ. Nº: 001 - ACHADOS O BILHETE DPVAT | | | |
| NÃO HÁ OBRIGACAO DE CONTRIBUIÇÃO | | | |



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180481950

Nome do(a) Examinado(a): JOSE DOMINGOS DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua DR JOSE JANUARIO, 8 - Machados/PE -
CEP 55740-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 4675808 - sds

Data e Local do Acidente : 17/07/2018 - Orobó

Data e Local do Exame : 08/11/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

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

Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30
dias

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexo-
extensão e prono-supinação do punho direito

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

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

dano funcional do punho direito

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



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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal

punho direito

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

Região Corporal

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

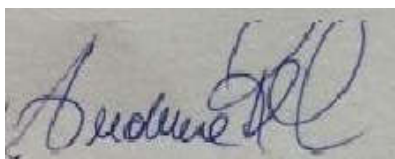
Região Corporal

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

Região Corporal

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

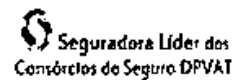
VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374877/18

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

CPF: 906.866.674-68

Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 17/07/2018

Titular do CPF: JOSE DOMINGOS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE DOMINGOS DA SILVA : 906.866.674-68

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: 11/10/2018
Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA
CPF: 906.866.674-68

JOSE DOMINGOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE DONALINOS DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 13-03-2018 CPF DA VITIMA 906.866.634-68
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSE DONALINOS DA SILVA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR RUA DA JOSE JAVARIÁ
Nº 08 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55340-000
E-MAIL elena.machados@ig.com.br TELEFONE (84) 998045455
993065834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13.03.2018

IDENTIDADE 4635808

ASSINATURA Elena Machados

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28.03.2018

NOME Maria José da Silva Junior

ASSINATURA Maria José da Silva Junior

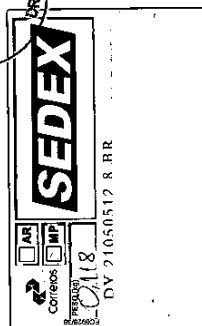
Mat: 8.503.340-5

DESTINATÁRIO:

NOME OU RAZÃO SOCIAL - SEGURADORA LIDE DPVAT

ENDEREÇO - RUA SENADOR DANTAS Nº74, 15º ANDAR,
CENTRO.

CEP- 20031205 **CIDADE**- RIO DE JANEIRO **UF**- RJ



REMETENTE:

NOME OU RAZÃO SOCIAL - JOSÉ DOMINGOS DA SILVA

ENDEREÇO - RUA DR. JOSÉ JANUÁRIO, Nº 08, ZONA RURAL

CEP- 55740-000 CIDADE- MACHADOS UF- PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: %@ 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.

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 dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: %@ 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.

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 dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950

Cidade: Orobó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Data do acidente: 17/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexoextensão e prono-supinação do punho direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30 dias

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em punho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950

Cidade: Orobó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Data do acidente: 17/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexoextensão e prono-supinação do punho direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30 dias

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em punho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374877/18

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

CPF: 906.866.674-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2018

Titular do CPF: JOSE DOMINGOS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE DOMINGOS DA SILVA : 906.866.674-68

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: 11/10/2018
Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA
CPF: 906.866.674-68

JOSE DOMINGOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180481950

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Data do Acidente: 17/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180481950**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13521713

Pag. 00531/00532 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Sinistro: 3180481950

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Data do Acidente: 17/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180481950** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

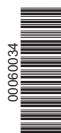
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00067/00068 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13550311





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Autorização de pagamento

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

90686667468

Nome completo da vítima

JOSE DOMINGOS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|------------------------|----------------------|-------------|----------------|----------------|
| Nome completo | JOSE DOMINGOS DA SILVA | CPF titular da conta | 90686667468 | Profissão | AGRICULTOR |
| Endereço | RUA DR. JOSE JANUARIO | Número | 08 | Complemento | CASA |
| Bairro | ZONA RURAL | Cidade | MACHADOS | Estado | PE |
| Email | | CEP | 55740-000 | Telefone (DDD) | (81) 998075455 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2039 D/V 7 CONTA NRO. 76915 D/V 3
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Orobo, PE, 13 de setembro de 2018

Local e Data

Jose Domingos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



BANCO: 0001
AGENCIA: 02699
CONTA: 0000000016915- 3
FAVORECIDO: JOSE DOMINGOS DA SILVA



1ª Via

1ª VIA

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR

B.O.Nº 18E021500263

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| Unidade Operacional 22 BPM | Circunscrição OROBÓ | BOLETIM DE OCORRÊNCIA | Registro 17/07/2018 | Hora do Registro 18:00 | Nº da Folha / Total de Folhas 1ª Parte 0102 |
| Descrição e Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL | | | Aviso de Ocorrências do CIODS Nº - | | |
| Data (dd/mm/aa) 17/07/2018 | Hora (hh:mm) 17:28 | <input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida | <input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado | <input checked="" type="checkbox"/> Culposos <input type="checkbox"/> Doloso | <input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional |
| Circunscrição do Fato OROBÓ | | Local Principal da Ocorrência SÍTIO MANIBU | | | |
| Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM | | Boletim de ocorrência | | | |
| Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA | | Bairro ZONA RURAL | | Número CEP 55745-000 | |
| Município OROBÓ | UF PE | Ponto de Referência SÍTIO MANIBU | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPULTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | | | | |
| Nome / Razão Social JOSE DOMINGOS DA SILVA | | | | | |
| Pai JOSE ANTONIO FILHO | | | | | |
| Mãe MARIA FIGUEREDO DA SILVA | | | | | |
| Apeido / Nome Fantasia | | Sexo XM F | Estado Civil [7] | 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) | 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) |
| Data de Nascimento 10/07/1973 | | Idade aparente [] | 1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) | 4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos) | Escolaridade [7] |
| X RG 4.675.808 | CNH | Órgão Expedidor SDS | UF PE | X CPF 906.866.674-68 | Órgão Expedidor SRF |
| Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA DR JOSE JANUÁRIO | | Número 8 | | Naturalidade MACHADOS-PE | |
| Bairro ZONA RURAL | | CEP 55740-000 | Município MACHADOS | UF PE | Telefone / Contato (DDD-Número) |
| Altura Aparente [] | 1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m | 4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m | Peso [] | 1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg | 4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg |
| Cabelo - Tipo / Cor (Descrever) | | Profissão AGRICULTOR | | Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever) | |
| Tipo de Tatuagem / Local (Descrever) | | Defeito Físico (Descrever) | | Dentes (Descrever) | |
| <input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPULTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> XTESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | | | | |
| Nome / Razão Social JOÃO PEDRO DO NASCIMENTO SILVA | | | | | |
| Pai JOAQUIM DO NASCIMENTO SILVA | | | | | |
| Mãe MARIA HENRIQUE DA SILVA NASCIMENTO | | | | | |
| Apeido / Nome Fantasia | | Sexo XM F | Estado Civil [7] | 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) | 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) |
| Data de Nascimento | | Idade aparente [5] | 1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) | 4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos) | Escolaridade [7] |
| X RG NÃO PORTAVA | CNH | Órgão Expedidor SDS | UF PE | X CPF NÃO PORTAVA | Órgão Expedidor SRF |
| Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO MANIBU | | Número S/N | | Naturalidade OROBÓ-PE | |
| Bairro ZONA RURAL | | CEP 55745-000 | Município OROBÓ | UF PE | Telefone / Contato (DDD-Número) |
| Altura Aparente [] | 1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m | 4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m | Peso [] | 1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg | 4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg |
| Cabelo - Tipo / Cor (Descrever) | | PROFISSÃO AGRICULTOR | | Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever) | |
| Tipo de Tatuagem / Local (Descrever) | | Defeito Físico (Descrever) | | Dentes (Descrever) | |

RECEPITO

04 OUT 2018

Seguradora LIDERAR VAI

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Rua Professor Manoel de Aguiar, 20 - Lapa - Orobó-PE CEP 55745-000
Fone: (51) 3505-1155 - E-mail: orobopempe@orobopempe.com

CÓPIA AUTÊNTICA - conforme o original apresentado.
DOU - FE. Orobó, 18/09/2018.
Gustavo Adalberto de Franca Silva - Representante do
Cartório: R\$ 3,07 - TSN: R\$ 0,68 - FISC: R\$ 0,34
Total: R\$ 4,09
oficiomunio.orob@gmail.com
Selo(s) 0077692.56303201801.00241

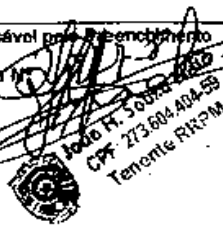
1ª Via

**ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

B.O. Nº 18E021500263

Série-A

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------|
| Fato | Unidade Operacional | Circunscrição | Data ou Registro | Hora do Registro | Nº de Folhas / Total de Folhas |
| | 22º BPM | OROBÓ | 17/07/2018 | 18:00 | 02/02 |
| | Forma de Aproximação? | | Forma de Ação da Abordagem? | | |
| | Local de Entrada? | | Forma de Entrada? | | |
| Modus Operandi | Atropelamentos no Local? | | Forma de Evasão? | | |
| | Crimes Sexuais? | | Estelionato? | | |
| | | | | | |
| Objeto Envolvido | Envolvido | | Tipo de Objeto | | Marca / Modelo |
| | Quantidade | | Valor | | Moeda |
| | Qual o motivo do registro do objeto? | | | | |
| | Envolvido | | Tipo de Objeto | | Marca / Modelo |
| | Quantidade | | Valor | | Moeda |
| | Qual o motivo do registro do objeto? | | | | |
| | Envolvido | | Tipo de Objeto | | Marca / Modelo |
| | Quantidade | | Valor | | Moeda |
| | Qual o motivo do registro do objeto? | | | | |
| | Envolvido | | Tipo de Objeto | | Marca / Modelo |
| | Quantidade | | Valor | | Moeda |
| | Qual o motivo do registro do objeto? | | | | |
| Dados do Veículo | Envolvido | | Marca / Modelo | | Cor |
| | UF | | Chassi | | Placa |
| | Qual o motivo do registro do veículo | | | | |
| | Envolvido | | Marca / Modelo | | Cor |
| | UF | | Chassi | | Placa |
| | Qual o motivo do registro do veículo | | | | |
| | Envolvido | | Marca / Modelo | | Cor |
| | UF | | Chassi | | Placa |
| | Qual o motivo do registro do veículo | | | | |
| | Envolvido | | Marca / Modelo | | Cor |
| | UF | | Chassi | | Placa |
| | Qual o motivo do registro do veículo | | | | |
| <p>A vítima José Domingos da Silva estava pilotando o Moto Yamaha de placa PGF3596-PE, de sua propriedade, quando subriu em uma curva, perdeu o controle da Moto e caiu, a vítima mencionada sofreu vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital Severino Távora nesta cidade e em consequência das gravidades dos ferimentos foi socorrido para outra unidade médica hospitalar.</p> | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|
| Exames Periclitados: S. Solicitado R. Realizado | | | | | |
| Tipo de Exame | | Envolvido | <input type="checkbox"/> S | Tipo de Exame | |
| | | | <input type="checkbox"/> R | | |
| <input type="checkbox"/> Condutor | | <input type="checkbox"/> Recebedor | | Matrícula | |
| Responsável pelo Preenchimento | | Interessado(a): | | Preenchimento pela Verificação | |
| Matrícula Nº | | | | Matrícula Nº | |
| Ass.:  | | Ass.: | | Ass.: | |
| Nome: João H. Sousa | | Nome: | | Nome: | |
| CPF: 273.604.404-55 | | | | | |
| Tenente RRPB | | | | | |

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Rua Professor Manoel do Aguiar, 70 - Montanha - Orobó-PE CEP: 55745-000
Fone: (81) 3555-1169 - E-mail: oficiodocombat@gmail.com

CÓPIA AUTÊNTICA, conforme o original apresentado.
JOU - FE. Orobó, 18/07/2018.
Gustavo Adalberto de Franca Silva, escrevente no
Cartório: R\$ 3,07 - TSN: R\$ 0,00 - FENC: R\$ 0,00
Total: R\$ 3,07
oficiounico.orob@gmail.com
Selo(s) 0077602-R\$ 0,00 201801.00242



CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Comprovação de ato declaratório



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ DOMINGOS DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 17/07/2018, no município de Orobó, sofrendo FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Memorial Guararapes (redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos). Atualmente apresenta ao exame físico limitação da flexo-extensão do punho direito e da pronossupinação do antebraço direito, com déficit da força de apreensão da mão direita. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 21/08/2018

Roberto de Castro Costa

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.730/TEOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 13/11/2018 |
|------------------------|------------|

| |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DOMINGOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016915-5

Nr. da Autenticação BF89EA19CB93B446





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JOSÉ DOMINGOS DA SILVARG nº 4675808, data de expedição 14/10/91, Órgão SSP-PE

CPF nº 90686667468, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA DR. JOSÉ JAMUÁRIO</u> |
| Número | <u>08</u> |
| Apto / Complemento | <u>CASA</u> |
| Bairro | <u>ZONA RURAL</u> |
| Cidade | <u>MACHADOS</u> |
| Estado | <u>PERNAMBUCO</u> |
| CEP | <u>55740-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 99807 5455 - 99707 5834</u> |
| E-mail | <u>elva.menard@pe-mail.com</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ororó, PE, 13 de setembro de 2018Assinatura do Declarante: José Domingos da Silva

06/08/2018

Via para Pagamento da Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1364359143

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO - PE
CEP 50050-902
CNPJ 10.631.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-53



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810170 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167 -
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

MARIA REJANE DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO

10/08/2018

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/08/2018

CONTA CONTRATO

7019471564

ENDEREÇO

RUA DR JOSE JANUARDO 8 --A -ZONA
RURAL MACHADOS/MACHADOS RURAL
-55740-000 MACHADOS PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,13

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/08/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

026446649

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

04/07/2018 a 03/08/2018

CONSUMO

37

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do Imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7019471564

MÊS/ANO

08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,13

VENCIMENTO

10/08/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838100000000 231300110076 019471564100 123419939232

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

atendimento.celpe.com.br/NDP_DGSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=... 1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:02
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350196800000058308083
Número do documento: 20031610350196800000058308083

Num. 59291807 - Pág. 22

Documentação médica - hospitalar

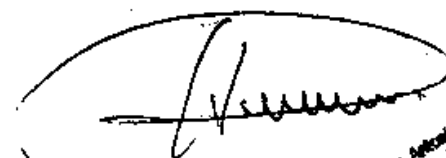
CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ
Hospital Severino Távora
CNPJ nº 10.605.793/0001-59
Rua 10 de Janeiro, nº 17 Centro
CEP: 53745-000 - Orobó - PE

Limoeiro
5441200

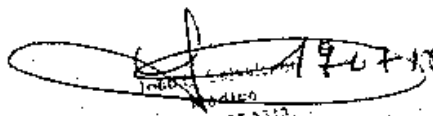
José Domingos da Silva

Comunicação de acidente

Acidente com
mão esquerda por
+ edema com limitação
do punho direito


Ao caríssimo
Sr. José da Silva

Dr. Antonio L. Monteiro
Médico
CRM 25717


19/03/2020



| | | |
|--------------------------------|-------------|---------|
| Processo: GESTÃO DE PESSOAS | CÓDIGO | REVISÃO |
| | F.AT.SAM.01 | 00 |

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: José Domingos da Silva

REGISTRO: 754672 DATA DE NASCIMENTO: 10/07/1973

RG: 4675808 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDEREÇO: Rua José Januario nº 08-A

Bairro: Machadinho Machado

NOME DA MÃE: Maria Figueiredo da Silva

DATA ADMISSÃO: 19/07/2018 DATA ALTA: 25/07/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 23/07/2018 CID: S52.5

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal do Rádio Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de Fratura da Extremidade/metáfise Distal dos Ossos do Antebraço Direito + Tratamento Cirurgico de Lesão Capsulo-Ligamentar do Punho Direito

MÉDICO: Giselly Verissimo

CREMEPE: 17424

JABOATÃO DOS GURARAPES, 07 DE Agosto DE 2018

Dr. João Paulo Romera
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MG nº 22622

MÉDICO





HOSPITAL
MEMORIAL PARANAENSE

Usuário: WAGNER WANDERLEY COSTA

Data: 23/07/2018 15:04:44

Hora: 15:04

Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Identificação: 168474

Sexo: Masculino

Prontuário: 754672

Unidade de Internação / Leito: ENF 17 - LEITO 05

Idade: 45 Anos, 0 Mês e 13 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO
0408020482 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO

Data: 23/07/2018

01. Cirurgião: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: WAGNER WANDERLEY COSTA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

05. Anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

06. Anestesia:

07. Anestesiista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSE

ESTRAZAMENTO + GARROTEAMENTO

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO VOLAR DE HENRY ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA EM RADIO DISTAL DIREITO

LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE

REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA DE RADIO DISTAL E PARAFUSOS

REALIZADO REPARO CAPSULAR E LIGAMENTAR COM FIO 4.0

LAVAGEM COM SF

RETRADA DE GARROTE + REVISÃO DA HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS

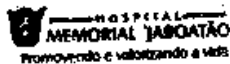
CURATIVO DO TIPO JONÈS

ORÇ : PROCEDIMENTO REALIZADO COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS

Dr. Giselly Verissimo
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM-PE 17.424 - TEOT 12703

Dr. Wagner Wanderley Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 26588
WAGNER WANDERLEY COSTA
CRM: 26588





Plano: SUS - INTERNACAO

Responsável:

Nome: JOSÉ DOMINGOS DA SILVA

Idade: 45 Anos, 0 Mês e 9 Dias

CPF:

Conjuge:

Nome da Mãe: MARIA FIGUEIREDO DA SILVA

Endereço: RUA JOSÉ JANUARIO, COHAB, CEP: 55740000, Nº 3, MACHADOS - PE

OBSERVAÇÃO:

Atendimento: 168474

Prontuário: 754672

Data e Hora do Atendimento: 19/07/18 19:35:26

Profissão:

Identidade: 4675808

Telefone:

Estado Civil:

Nome do Pai:

Nascimento: 10/07/1973

Sexo: Masculino

Escolaridade:

Cartão SUS: 898003728992382

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 05

Médico: MILTON TELES DE MENDONÇA - CRM: 6262

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VEIO DO HGV COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO E FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGR, EUPNEICO, AFEBRIL SEM EDEMAS

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATÓRIO:

NDN

AP - GASTRO:

NDN

AP - GENITO - URINÁRIO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

25/07/18

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONÇA - CRM: 6262

Hospital Memorial Jaboatão
Milton Teles de Mendonça - CRM: 6262
Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000





Laudo para solicitação de autorização de Internação

| | | | | | |
|--|------------------------|---|---|--------------------------|---------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO | | CNES | S356067 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO | | CNES | S356067 |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | | |
| Nome do paciente | | | | Nº Protocolo | |
| JOSE DOMINGOS DA SILVA | | | | 754672 | |
| Cartão Nacional do SUS | | Data de Nascimento | Sexo | Raça Cor | Etnia |
| | | 10/07/1973 | Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/> | | |
| Nome da Mãe | | | | Telefone de contato | |
| MARIA FIGUEIREDO DA SILVA | | | | | |
| Nome Responsável | | | | | |
| Endereço | | Número | Barrio | | |
| RUA JOSÉ JÂNUARIO | | 3 | COMAB | | |
| Início | | IBGE | UF | CEP | |
| MACHADOS | | | | 55740000 | |
| LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| Principais Sinais e Sintomas Clínicos | | | | | |
| PACIENTE VEIO DO HGV COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO E FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO | | | | | |
| Condições que justificam a internação | | | | | |
| QUADRO CLÍNICO | | | | | |
| Principais Resultados de Provas Diagnósticas | | | | | |
| RX | | | | | |
| Diagnóstico Inicial / Código | | CID 10 Principal | CID 10 Secundário | CID 10 Causas Associadas | |
| FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO | | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | |
| Descrição do Procedimento Solicitado | | | | Código do Procedimento | |
| | | | | | |
| Especialidade | Caráter de Atendimento | Documento | Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assis | | |
| | | <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | | | |
| Nome do Profissional Solicitante/Assis | | Data da Solicitação | Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) | | |
| | | | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Acidente de trânsito (CNP) Seguradora | | Nº Bilhete | | Série | |
| <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho típico | | CNAE/Empres | | CBO | |
| <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho trajeto | | CNPJ / Empresa | | | |
| Vínculo com a Previdência | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segu | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | | |
| Nome do Profissional Autorizador | | Cod. Órgão Emissor | | | |
| | | | | | |
| Documento | | Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador | | | |
| <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | | | | | |
| Data da Autorização | | Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) | | | |
| | | | | | |
| Setor | | | | | |
| | | | | | |



21702126

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

NOME DA UNIDADE
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CGC Nº:

10.572.048/0005-51
(03 Vias)

LAUI

HCV - Hospital Getúlio Vargas

606754

Prontuário: **1091678**

CNS: 828003720992382

Paciente: **JOSE DOMINGOS DA SILVA**

Clinica: **CORREDOR RX**

Leito: **CRX 16**

Nascido: **10/07/1973**

Idade: **45 Anos 0 Mes**

Sexo: **MASCULINO**

Mae: **MARIA FIGUEIREDO DA SILVA**

Fone: **9700-3792**

Endereço: **SITIO MACHADINHO, 0 - ZONA RURAL - ORIOBO - PE - Cep: 55745671**

Atendimento: **HOSPITAL GETÚLIO V. DATA: 16/07/2016 Nr: 2122 Usuário: OVALDOSSJ**

TRD:

29/576

NOME DA MÃE

ENDEREÇO:

RP:

BLOCO:

APT:

BARRIO:

UF:

CEP:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

*Doença de intestino com
dores e febre*

EXAME FÍSICO:

*Exame físico normal, sem
dores*

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame físico normal

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Doença de intestino

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico normal

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

Exame físico normal

DATA:

16.07.16

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

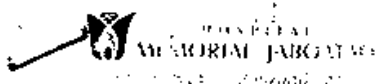
NOME DA UNIDADE:

Transmissão pt. 10/10/16

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR





USUÁRIO: WAGNER WANDERLEY COSTA
DATA: 20/07/2018 15:06:09
HORA: 15:06

Sumário de Admissão e Alta

Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Prontuário: 754672

Atendimento: 168474

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 17 - LETO 05

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

CID: S525

Procedimento Solicitado: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

0408020482 - Incisão Capsulo-lig. Pulso

01. Cirurgião: GISELY VERÍSSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: WAGNER WANDERLEY COSTA

2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti - Rh

☒ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Anúncio Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERFERÊNCIAS

Secretaria de Saúde - PJGP
IGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Diniz
Coordenadora de Saúde - CRM: 5522
CPF: 236.245.864-48

Inóculo Principal: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Secundário:

Motivo de Alta:

Data de Internação: 19/07/2018

Data de Alta: 25/07

Dias de Hospitalização:

dia (s).

Wagner Wanderley Costa

Médico

CRM: PE 26588

WAGNER WANDERLEY COSTA

FAM 16532





CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ HOSPITAL SEVERINO TÁVORA

Uma nova História

Parceria: PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ



PRONTO ATENDIMENTO

| | | |
|--|----------------|----------------|
| Data: 17/10/18 | Hora: 18:00 | Registro: 6680 |
| Nome: José Domingos da Silva | | |
| Data de Nascimento: 30/10/1973 | Idade: 44 anos | |
| Endereço: Rua José Genúcio - Machados | Referência: | |
| Responsável: o mesmo | | |
| Endereço do Responsável: | | |
| Cartão Nacional do SUS: | | |
| DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO | | |
| Local da Ocorrência: | | |
| Tipo de ocorrência: | | |
| () Acidente de trânsito () Agressão () Suicídio () Acidente de Trabalho () Outros | | |

| | | |
|-----------------|-------|-----|
| Sinais Vitais | | |
| PA: 130/80 mmHg | TEMP: | FR: |

| | |
|-----------------------|--|
| Queixas: | Pact. com histórico de queda de mão, apresentando dor punho má direito e edema com limitação |
| Exame físico: | MOVIMENTADO ECG 15' |
| Hipótese diagnóstica: | 1 - FRATURA FEMORAL PUNHO |
| Procedimentos: | 1 - Solução de punho 2 - Sonda fístula 100 ml 3 - Cateterismo 100ml fístula sonda 4 - Tórax 100 ml fístula sonda 5 - color fístula |

Dr. Antonio L. Henrique
Médico
CRM: 25717





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
906.866.674-68

Nome
JOSE DOMINGOS DA SILVA

Nascimento
10/07/1973

CÓDIGO DE CONTROLE
FE6A.7442.C8E4.69FB



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:15:39, do dia 08/12/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIRIL

122

POLEGAR DIREITO

Assinatura Botânica

Assinatura de Identidade

Assinatura de Identidade

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 14/10/1991

REGISTRO GERAL

NOME: José Domingos da Silva

FILHO: José Antonio Filho

Maria Piquet da Silva

NATURALIDADE: Pernambuco

DATA DE NASCIMENTO: 10/07/1973

MACIADASS P. Nasc. 10/07/1973

Cart. de Maciadas P.

Assinatura do Diretor

Assinatura de Identidade