



Número: **0009127-27.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALDIR SOARES SURUAGY (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59838659	26/03/2020 11:53	2707530_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00091272720208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WALDIR SOARES SURUAGY**, 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 **04/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/11/2018**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que os documentos médicos apresentados pela parte autora não comprovam que as lesões tenham decorrido do acidente alegado.

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



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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

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.

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;



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.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Compulsando os autos, podemos observar que o boletim médico não atesta que as lesões tenham decorrido do acidente aduzido.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta 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.

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)

⁴“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



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, 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta 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 **04/11/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta 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 parciais⁶.

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.

⁶ 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.



Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

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\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

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 pátrios⁸, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁷ **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.”

⁸ “PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a** Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



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 citação⁹.

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 ação¹⁰

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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).

⁹ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

¹⁰ **art. 1º . (...)**

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



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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de março 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 (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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					

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **WALDIR SOARES SURUAGY**, em curso perante a **14ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00091272720208172001.

Rio de Janeiro, 19 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: **0009127-27.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALDIR SOARES SURUAGY (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59838660	26/03/2020 11:53	ANEXO 1	Outros (Documento)

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:	11/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALDIR SOARES SURUAGY

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02193

CONTA: 000000008214-5

Nr. da Autenticação 02104DB61C3A2D20



290MAC PINHEIRO-RECIFE
PCA MACIEL PINHEIRO, 360
50060-160 RECIFE PE

1094

00320

EMIÇÃO - 12022019 - ENVEL. 000319
TP - 00

WALDIR SOARES SURUAGY
3 TRAVESSA FRANCISCO VALPASSOS, 59
51110-130 RECIFE PE

TIPO DE CONTA: 00 VIA: 01
NUMERO DE CONTA: 0867133-8
NIT/NIB: 626242471-0 MES PROVA VIDA: 01
TELEFONE: (0000) 00000-0000



Você acaba de receber
o **Cartão de Pagamento**
de **Benefício Bradesco**
e com ele todas as
informações que você
precisa para utilizá-lo de
forma prática e segura.



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1153770 Prontuário: 143203 Data do atendimento: 04/11/2018 14:26:00
Paciente: WALDIR SOARES SURUAGY Idade: 55 anos e 9 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Data de Nascimento: 08/01/1963
Médico(a) Assistente / CRM: ANTONIO MAURICIO S C FILHO / CRM - null - 9225
Função: MEDICO(A)
Prestador responsável pelo documento: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM - null - 21731
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 04/11/2018
VITIMA DE ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S7220 - FRAT DO COLO DO FEMUR(CID - 10)
S42 - FRAT DO OMBRO(CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM 21731

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



ATENDIMENTO SOCIAL

Paciente: WALDIR SOARES SURUAGY

Prontuário: 0000143203

Atendimento: 01153770

Telefone:

Endereço:

Acompanhante: ☐ Não ☐ Sim

Situação / Queixa: Paciente encontra-se em observação nessa unidade desde o dia 04/11/2018 aguardando transferência de unidade, vai ser encaminhado para o Hospital Otávio de Freitas para avaliação com o médico Traumatologista.

Resolução: No momento aguarda maca para que ocorra a transferência.

Recife, 05 de Novembro de 2018



Assistente Social: SABRINA ROQUE DA SILVA

CRESS-PE 4º REGIAO: 5922





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2- CNES 3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4- CNES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS 426 HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS 426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE 6- Nº DO PRONTUÁRIO 7- (CNS) 8- DATA DE NASCIMENTO
WALDIR SOARES SURUAGY 797384 704000397343261 08/01/1963
9- SEXO 11- NOME DA MÃE DO PACIENTE 12- TELEFONE DE CONTATO
MASCULINO NORMA SOARES SURUAGY 81. 85511271 | Celular: 81.
13- NOME DO RESPONSÁVEL 14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA FRANCISCO VALPASSOS, N.º 59 - : BAIRRO: BRASILIA TEIMOSA - CIDADE: RECIFE - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR + LIMITAÇÃO IMPORTANTE EM QUADRIL E OMBRO ESQUERDO APOS TER SIDO ATROPELADO POR UMA MOTO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO /FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQUERDO
OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX-FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQUERDO
-LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL
FARTURA DO COLO DO FEMUR - S720
LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL - S14.3

21- CID 10 SECUNDARIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

CIRURGIA ORTOPEDIC

27- CARATER DA INTERNAÇÃO
URGENCIA E EMERGENCIA

28 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

RENATO OLIVEIRA ALBURQUERQUE DE LIMA - CRM: Nº.21774

07102536488

31- DATA DA SOLICITAÇÃO
06/11/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD ORGAO EMISSOR

46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO A

UTORIZADOR

Secretaria de Saúde
GOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Auditora SUS - CRM: 8922
CPF: 290.725.244-49

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO
SENHA: 506206

11-44





Jaboatão dos Guararapes, 11 de novembro de 2018.

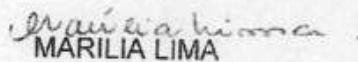
DO: SERVIÇO SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a **Sr. WALDIR SOARES SURUAGY PORTADOR DO RG 2293205 SSP/PE** encontra-se internado nesta unidade de saúde sob o registro hospitalar 759869, desde do dia 10/11/2018 no setor de Ortopedia Enf. 11, leito 04.

Sem mais no momento, nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,


MARILIA LIMA

Assistente Social

CRESS 6182

Marília Lima de Araújo
Assistente Social
CRESS/PE: 6182

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9888 • www.hmpe.com.br





HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO:

F.AT.SAM.01

REVISÃO:

00

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

NOME: WALDIR SOARES SURUAGY

REGISTRO: 759869

DATA DE NASCIMENTO: 08/01/1963 02:00:00

RG: 2293205 - ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDEREÇO: RUA ARTUR BERNARDES

Nº: 410

BAIRRO: BRASILIA TEIMOSA

51010130

CIDADE: RECIFE

NOME DA MÃE: NORMA SOARES SURUAGY

DATA DE ADMISSÃO: 10/11/2018

DATA DA ALTA: 16/11/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 14/11/2018 08:25:00

CID: S720 / S14.3

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQ / TRAUMATISMO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

TRATAMENTO REALIZADO: FRATURA DO FEMUR ESQ - TRATAMENTO CIRURGICO

LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ - TRATAMENTO CONSERVADOR

MÉDICO: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

CREMEPE: 20770

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 14 DE Dezembro DE 2018

MÉDICO

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (31) 3182 9888 • www.hmjpe.com.br



Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 185496

Nascimento: 08/01/1963

Responsável:

Prontuário: 759869

Sexo: Masculino

Nome: WALDIR SOARES SURUAGY

Data e Hora do Atendimento: 10/11/18 20:35:25

Idade: 55 Anos, 10 Meses e 2 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 2293205

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 704000397343261

Nome da Mãe: NORMA SOARES SURUAGY

Nome do Pai:

Endereço: RUA ARTUR BERNARDES, BRASILIA TEIMOSA, CEP: 51010130, Nº 410, RECIFE - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 11 - LEITO 04

Médico: AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO E QUADRIL ESQUERDO.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

HAS (-), DM (-), NEGA ALERGIAS.

EXAME FÍSICO GERAL:

EGREG, EUPNEICO, AFEBRIL, HIDRATADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2T, BNF, S/S

- RESPIRATORIO:

MV + EM AHT, S/RA

ABDOMEN:

DN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

COM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQ
LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

16.11.18

HORA DE SAÍDA:

AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473



RECEBEMOS DE ONIX ORTHOPAEDIC IND E COM DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA - R/S PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		Nº 000.006.475
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE: 1

ONIX ORTHOPAEDIC IND E COM DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA MARIA ROSA CORDEIRO DOS SANTOS, 231 - QUATRO CANTOS, Ilha de Itamaraca, PE - CEP: 53900000	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada - 1 1 - Saída - 1 Nº 000.006.475 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 2618 1100 2939 3500 0103 5500 1000 0064 7516 9708 8804 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 126180072805248 - 27/11/2018 09:41
	NATUREZA DA OPERAÇÃO 5101-VENDA MERCANTIL FABRIL PRÓPRIA INSCRIÇÃO ESTADUAL 020881266 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIL CNPJ 00.293.935/0001-03	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALCIDES D'ANDRADE LIMA HOSPITAL MEMORIAL DE		10.072.296/0003-71	27/11/2018
ENDEREÇO	Bairro/Cidade	CEP	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
AV. GENERAL MANUEL RABELO, 126, 0 -	ENGENHO VELHO	54160-000	27/11/2018
MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
Jaboatão dos Guararapes	PE		01:00

FATURA
/ Num.: 6475 / V. Orig.: 270,87 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 270,87

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	270,87	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	270,87

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO												
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. IPI
404-0000000000	PARAFUSO CANULADO R16 SW D7.0X35MM ONIX ORTHOPAEDIC IND.COM.IMPL.ORTOP LTDA Cod.: 404 Anvisa: 80546720092 Lote(s): 2612 Y-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5101	UND	1,0000	90,2900	90,29				
3609-0000000000	PARAFUSO CANULADO R16 SW D7.0X30MM ONIX ORTHOPAEDIC IND.COM.IMPL.ORTOP LTDA Cod.: 3609 Anvisa: 80546720092 Lote(s): 2611 Y-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5101	UND	1,0000	90,2900	90,29				
3654-0000000000	PARAFUSO CANULADO R16 SW D7.0X35MM ONIX ORTHOPAEDIC IND.COM.IMPL.ORTOP LTDA Cod.: 3654 Anvisa: 80546720092 Lote(s): 2613 Y-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5101	UND	1,0000	90,2900	90,29				

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Duplicata - Num.: 001, Venc.: 14/02/2019, Valor: 270,87 Vendedor: ONIX, Pedido: 020987, Pedido Cliente: , Ordem: 06 , Mes ICMS: 040/ISENTO ICMS CONV 01/99-02/03/99 ART 8 ANEXO I TABELAS II ITEM 39 RLCMS/91, Fatura: 000647506 14.02.2019 270,87 - Data da Cirurgia: 14/11/2018 - Paciente: Waldir Soares - Medico- Dr. Jorge Augusto- cód do procedimento: 04 08050489 - n do prontuário: 759869- cód. 07.02.03.064-3 / 03 und R\$= 90,29.	RESERVADO AO FISCO



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: WALDIR SOARES SURUAGY

Prontuário: 759869

Atendimento: 185496

Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: 55 Anos, 10 Meses e 6 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S720 - FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQ
Risco Operatório: S14.3 - TRAUMATISMO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050489 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR ESQ
(SINTESE)
- TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

Data: 14/11/2018

01. Cirurgião: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS
02. 1. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO
03. 2. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA
- Instrumentador:
- Anestesia: RAQUI ANESTESIA
06. Anestesia:
07. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

1. ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS
2. REDUÇÃO DA FRATURA EM MESA DE TRACÃO
3. FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CANULADOS 7,0mm PERCUTÂNEOS DE COLO DE FEMUR ESQ
4. LAVAGEM COM SORO
5. SINTESE DE PELE

OBS: UTILIZADO RADIOSCOPIA NA CIRURGIA
FRATURA COM GRANDE POSSIBILIDADE DE NECROSE AVASCULAR DA CABECAFEMORAL PÓS FIXAÇÃO DEVIDO A DANO VASCULAR INERENTE A FRATURA. INDICADA ARTROPLASTIA DO QUADRIL NO POS OPERATORIO TARDIO. COMUNICADO AO PACIENTE

Dr. Jorge Augusto C. dos Santos
Ortopedia / Traumatologia
CRM - PE 26588

Dr. Wagner Wanderley Costa
Médico
CRM - PE 26588

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550



Sumário de Admissão e Alta

Nome: WALDIR SOARES SURUAGY

Prontuário: 759869

Atendimento: 185496

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 11 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): fx de colo de femur esq

CID: S720

CID: S14.3

Procedimento Solicitado: 0408050489 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR ESQ (SINTESE)
- TRATAMENTO CONSERVADOR COM REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO EM OITO DO OMBRO ESQ

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408050489 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR ESQ (SINTESE)
- TRATAMENTO CONSERVADOR COM REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO EM OITO DO OMBRO ESQ

01. Cirurgião: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 2. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista:

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
☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: procedimento cirurgico sem intercorrências

Diagnóstico Principal: S720 - FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQ / S14.3 TRAUMATISMO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 10/11/2018

Data da Alta: 16-11-18

Dias de Hospitalização:

dia (s).

Dr. Wagner Wanderley, (CRM)
Médico
CRM - PE 23550

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

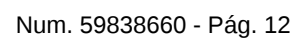


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO CAVALHEIROS

E-02

Adilson José de Almeida





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **335.419.064-72**

Nome: **WALDIR SOARES SURUAGY**

Data de Nascimento: **08/01/1963**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:42:43** do dia **13/11/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4819.FB13.6305.5199**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Valdir Soares Siqueira

DATA DO ACIDENTE _____ CPE DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA 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 / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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 / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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

- MONTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME: ...
- VALORES DE INDENIZAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRABANHISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Valdir Soares Siqueira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA:

DATA 13/11/19

NOME Raphaelle David cont

ASSINATURA R



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644114

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY

Data do acidente: 04/11/2018

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

Descrição do exame físico: AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO E DA ABDUÇÃO DO QUADRIL,. AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA HIPOTROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO OMBRO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA ABDUÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/11/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM EVIDENCIOU FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO ONDE FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE 3 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM NO DIA 14/11/2018, SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO COM BOA EVOLUÇÃO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/12/2019

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644114 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO. P.3
FRATURA DE COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS EM COLO DO FÊMUR ESQUERDO), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.8,9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	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: 3190644114 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO. P.3
FRATURA DE COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS EM COLO DO FÊMUR ESQUERDO), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.8,9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404581/19

Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY

CPF: 335.419.064-72

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 04/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALDIR SOARES
SURUAGY

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WALDIR SOARES SURUAGY : 335.419.064-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: WALDIR SOARES SURUAGY
CPF: 335.419.064-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

WALDIR SOARES SURUAGY

RAIANNE SILVA BARBOSA



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190644114**

Nome do(a) Examinado(a): **WALDIR SOARES SURUAGY**

Endereço do(a) Examinado(a):

3 Travessa Francisco Valpassos, 59 - Recife - PE - CEP 51110-130

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **22993205**

Data e local do acidente: [**04/11/2018**] **RECIFE PE**

Data e local do exame: [**02/12/2019**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

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

AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO E DA ABDUÇÃO DO QUADRIL,. AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA HIPOTROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO OMBRO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA , DIMINUIÇÃO MODERADA DA ABDUÇÃO DO OMBRO

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

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/11/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM EVIDENCIOU FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO ONDE FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE 3 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM NO DIA 14/11/2018, SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO COM BOA EVOLUÇÃO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

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

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



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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOD 14836



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644114

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY

Data do acidente: 04/11/2018

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

Descrição do exame físico: AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO E DA ABDUÇÃO DO QUADRIL,. AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA HIPOTROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO OMBRO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA ABDUÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/11/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM EVIDENCIOU FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO ONDE FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE 3 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM NO DIA 14/11/2018, SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO COM BOA EVOLUÇÃO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/12/2019

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00





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, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644114

Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALDIR SOARES SURUAGY

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 15136960





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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644114

Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WALDIR SOARES SURUAGY

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. 01777/01778 - carta_02 - INVALIDEZ

00060889



Carta nº 15154198





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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644114

Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WALDIR SOARES SURUAGY

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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: **WALDIR SOARES SURUAGY**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000002193**

Conta: **000008214-5**

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,



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: 335.419.064-72 4 - Nome completo da vítima: WALDIR SOARES SURUAGY

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

5 - Nome completo: WALDIR SOARES SURUAGY 6 - CPF: 335.419.064-72
7 - Profissão: PINTOR 8 - Endereço: 3º TRAVESSA FRANCISCO VALPASSOS 9 - Número: 59 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BRASILA TEIMOSA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51110-130
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-98733-5368

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2193 CONTA: 8214 5 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 13/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UN07/2010





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096006981**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **09:27**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **4/11/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BADEJO, 01** - Bairro: **BRASILIA TEIMOSA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR MOTOCICLETA PCG5477 (AUTOR \ AGENTE)
WALDIR SOARES SURUAGY (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR MOTOCICLETA PCG5477

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

WALDIR SOARES SURUAGY (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NORMA SOARES SURUAGY** Pai: **WALDIR TORREIRO SURUAGY** Data de Nascimento: **8/1/1963** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Residencial: **3 TRAVESSA FRANCISCO VALPASSOS Nº59 - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR MOTOCICLETA PCG5477 (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA DE PLACA PCG5477 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR MOTOCICLETA PCG5477**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR MOTOCICLETA PCG5477**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE AO PASSAR NO DIA/LOCAL/HORA INDICADOS FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA PCG5477 QUE PASSOU EM ALTA VELOCIDADE O ATINGINDO E O JOGANDO FORTEMENTE AO SOLO, SE EVADINDO EM SEGUIDA DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. SOCORRIDO PELA UPA DA IMBIRIBEIRA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO AO HOSPITAL JABOATAO PRONTUARIO 759869 ONDE SE SUBMETEU A TRATAMENTO CIRURGICO.

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

Waldir Soares Suruagy
WALDIR SOARES SURUAGY
(VITIMA)



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/03/2020 11:53:08
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032611530814400000058833199>
 Número do documento: 20032611530814400000058833199

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: **335.419.064-72** 4 - Nome completo da vítima: **WALDIR SOARES SURUAGY**

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

5 - Nome completo: **WALDIR SOARES SURUAGY** 6 - CPF: **335.419.064-72**
7 - Profissão: **PINTOR** 8 - Endereço: **3º TRAVESSA FRANCISCO VALPASSOS** 9 - Número: **59** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **BRASILIA TEIMOSA** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **51110-130**
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **81-98733-5368**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **2193** CONTA: **8214** 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RECIFE, 13/11/2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UN07/2010



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1153770 Prontuário: 143203 Data do atendimento: 04/11/2018 14:26:00
Paciente: WALDIR SOARES SURUAGY Idade: 55 anos e 9 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Data de Nascimento: 08/01/1963
Médico(a) Assistente / CRM: ANTONIO MAURICIO S C FILHO / CRM - null - 9225
Função: MEDICO(A)
Prestador responsável pelo documento: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM - null - 21731
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 04/11/2018
VITIMA DE ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S7220 - FRAT DO COLO DO FEMUR(CID - 10)
S42 - FRAT DO OMBRO(CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM 21731

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

