



Número: **0014009-32.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60330642	06/04/2020 14:53	2710292_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 32ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00140093220208172001

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 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 **MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE**, 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 **20/12/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 28/02/2018.

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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, 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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte 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 **20/12/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**.

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



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

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

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

⁷art. 1º . (...)

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



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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 26 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					



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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE**, em curso perante a **32ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00140093220208172001.

Rio de Janeiro, 26 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: **0014009-32.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60330643	06/04/2020 14:53	ANEXO 1	Outros (Documento)

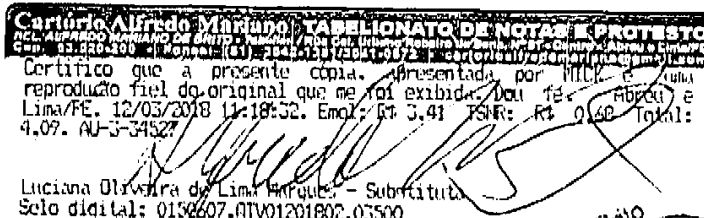


SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
CORPO DE BOMBEIROS MILITARES DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000075 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). EVERALDO AMARO DE ANDRADE, 37 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 5663856 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 032.954.694-58, residente à RUA NOVA DESCOBERTA, nº 557, CAETES VELHO, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 20/12/2017, por volta das 13:45 hs, no endereço: AVENIDA D, S/N, CAETES I ABREU E LIMA-PE, referente a uma COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA BROS BRANCA PEA4450-PE; MOTOCICLETA HONDA FAN PRETA NPY9468-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE, inscrito sob o CPF nº 057.559.204-12 e Registro Geral nº 8358575, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707092-6 JULIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 110406. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 28/02/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000075

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 408824

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 20/12/2017 19:35

Paciente: 110406 MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 10/07/1997 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: CYNTHIA MOURA PEREIRA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: TRAVESSA NOVA DESCOBER 577 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 19:45

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico (piloteu moto: rebocou moto e moto). Não houve uso de cinto, perda de consciência. Lesões do abdômen e membros inferiores.

Exame Físico

BEG LOTE hidratação adequada, pupila afobol.

A: MHA, MHA, MHA com MHA cervical.

B: MV+ AHT 5/12 RA: 16/12/12 C: P.R. 25 B.P. 11/1

D: 70/70 mmHg E: 16/12/12 F: 16/12/12

Hipótese Diagnóstico

Fratura MID.

Prescrição Médica

Atendimento da ortopedia
Atendimento da cirurgia geral.

Diego Laurentino
CRM/PE 19637

TRAUMATO

21.3) R. TRAUMA DIF. SINA O. FEMUR DIL
COM INTERNAÇÃO NO BEMO

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Dr. Bernardo Camparo
CRM/PE 23.950

Senha:



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: 09/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000036040-0

Nr. da Autenticação 3E4E50C4C3AA24C0



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, DOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.032/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao cliente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MANOEL AMARO DE ANDRADE

CPF: 818.747.834-01

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOVA DESCOBERTA 677

TIPO/ADRCU É LIMA
52550-000 ANILAU R LIMA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

15/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

96,38

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
08/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
08/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
008145864

CONTA CONTRATO
000270762026

Nº DO CLIENTE
2000250183

Nº DA INSTALAÇÃO
0000061046

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6922.FC44.AF39.B44A.44D3.6C4F.21B9.F1D2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	110,00	0,86350185	81,34
Contribuição Iluminação Pública			12,43
ICMS Subvenção-CDE-NF 000729004-12/12/17			0,07
Multa por atraso-NF 004400633 - 06/02/18			1,56
Juros por atraso-NF 004400633 - 06/02/18			0,30
Atualização IGPM-NF 004400633 - 06/02/18			0,03
TOTAL DA FATURA			96,38

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
81,34	25,00	20,33	81,34	0,62	0,06
			81,34	3,01	3,18

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,48038000

HISTÓRICO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (kWh)
MAI 18	110
FEV 18	110
JAN 18	110
DEZ 17	110
NOV 17	104
OUT 17	103
SET 17	07
AGO 17	91
JUL 17	01
JUN 17	04
MAI 17	05
ABR 17	03
MAR 17	02

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	33,37 37,38
Transmissão	7,35 8,09
Distribuição (Celpe)	18,41 23,98
Energias Alternativas	7,31 8,98
Tributos	24,17 28,71
TOTAL	81,34 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÓDULO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MD36001	CAT	06/02/2018	18.981,00	08/03/2018	19.100,00	30	1,00000	0,00	110,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAIS	METAS TRIMESTRAIS	METAS ANUAIS
Jan/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	CHUVA DE REBOUCAS	2,26	9,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,30	8,80	12,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,26	2,34	0,00	0,00
DICMI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICMI: 12,22
CUSD-Valor de Energia de Uso					R\$ 20,47

Nota: Consumidor pode solicitar a atualização dos indicadores DIC, FIC, DMIC e CUSD a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res.414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária na próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEUTAGUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000270762026	03/2018	96,38	15/03/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasgar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

838400000008 963800110000 270762026107 114481407835



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

htl



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 408824

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 20/12/2017 19:35

Paciente: 110406 MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 10/07/1997 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: CYNTHIA MOURA PEREIRA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: TRAVESSA NOVA DESCOBER - 577 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 19:45

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico (piloteava moto: acabou
moto e moto). Alega náusea, vômito, perda de consciência.
Dor do abdômen em sua base

Exame Físico

BEG LOTE hidratado, rosado, superfície afável.
A: Vias aéreas normais sem ruídos adventivos.
B: MV+ ART S'IRA FC= 161 bpm C: RCR 2/2 B/P 113/70 mmHg
D: Glândulas I: Lúmen não mid (distendido).

Hipótese Diagnóstica

Fratura MID.

Prescrição Médica

Avaliação da ortopedia
Atc da cirurgia geral.

Diego Laurentino
CRM/PE 19637

TRAUMATO

21.3.1 R. FRATURA DIAF. SÓLA O FEMUR DIL
COM INTERNOAMENTO AO BURN

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Dr. Bernardo Campino
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23.950

Senha: _____



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP
Data e hora retirada da senha: 20/12/2017 19:32

Nome Paciente: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE
Cód. Paciente: 110406
Data de Nascimento: 10/07/1997
Sexo: Masculino
Idade: 20
Senha: 0038
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 408824
SAME: 97885

Período: 20/12/2017 19:39 - 20/12/2017 19:41

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Trilidade: **NAO URGENTE - VERDE**
Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO. APRESENTA DOR EM MID, NEGA VÔMITOS / DESMAIO.

Observação: NEGA ALERGIAS / HAS / DM.

Exograma sintoma: TRAUMA

Principais: - DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFURANTE

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

KAMILA CARNAUBA
Enfermeiro(a)
COREN-PE 364448

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/12/2017 19:41

Resumo de Classificação de Risco

Página 1 de 1





MIGUEL ARRAS



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figuerín

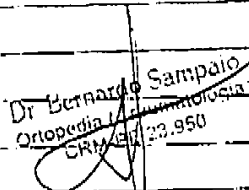
EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:MICK NYCKSON PEREIRA REG:110406

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
20/12/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	ACIDENTE MOTO X MOTO, APRESENTANDO DEFORMIDADE
	EM COXA DIREITA. RELATA USO DE CAPACETE, SEM
	NAUSEA OU VOMITOS, RELATA NÃO LEMBRAR DO ACIDENTE
	AVALIADO PELA CIR GERAL, RECEBIDO ALTA.
	EGB EUPNEICO NORMOCORADO HIDRATADO.
	ECG 15.
	DEFORMIDADE EM COXA DIR
	RX: FRATURA DIAFISARIA ALTA DO FEMUR DIR
	CD: INTERNAMENTO
	AO BLOCO
	 Dr. Bernardo Sampaio Ortopedia e Traumatologia CRM 22.950
21/12/17	# 5074
21	Ex: Fast Bifur femur dir
	2012 - trauma transesquelético
	em mto
	paciente segue estável, consciente, em contato não verbal com o ambiente. No momento está em repouso.
21/12/17	in - 0

Cláudia Costa Neto
Otopnele Criatologia
Cruzeiro 2009

Ques: Select the Mg^{2+} solution in which Mg^{2+} is least soluble.



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 21/12/2017
Hora.....: 00:47

Visão de Cirurgia : 46923

Paciente : 110406

Convênio Atend. : 1

Leito : 705

Dt. Início : 21/12/2017 00:35

Pré-Operatório :

Pós-Operatório :

Sala : 0002

SALA 02

MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

SUS - INTERNACAO

VERD2-29

Dt. Fim : 21/12/2017 00:45

Atendimento : 408839

Carteira :

Idade : 20 Anos 11 Dias

Procedimento: 0408050098

INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 42

LOCAL

QUIRURGIAO

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

INTERVENÇÃO: TRACÃO TRANSESQUELETICA TIBIA DIR

OPERADOR: DR HYGINO MARINHO

1º AUXILIAR: DR BERNARDO SAMPAIO

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA:

ANESTESIA: LOCAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE DDH

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + ANESTESIA LOCAL

3. PASSAGEM DE FIO K 3,5MM 1CM DISTAL E 2CM POSTERIOR À TAT

4. APLICADO ESTRIBO COM 10 KG DE TRACÃO

5. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Bernardo Sampaio
Ortopedia / Traumatologia
CRM 24.950

DR(A) : HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CRM : 14859

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 24/12/2017
Hora.....: 12:38

Visão de Cirurgia : 46979
Paciente : 110400
Convênio Atend. : 1
Leito : 66
Dt. Início : 24/12/2017 09:05
Id Pré-Operatório : S723
Id Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03
MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE
SUS - INTERNACAO
ORTL-510-LEITO 002
Dt. Fim : 24/12/2017 12:10
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Atendimento : 408839
Carteira :
Idade : 20 Anos 14 Dias 12 Horas

Procedimento: 0408050519
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO
CIRURGIA: HIB ANTERÓGRADA DE FEMUR DIREITO
CIRURGIÃO: DR. MARIO ALVES
1º AUXÍLIO: DR. LUIZ CARVALHO
2º AUXÍLIO: DR. CLÁUDIO COSTA
ANESTESISTA: DRA. YALI
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ACESSO LATERAL AO QUADRIL ESQUERDO
5. FEITO PONTO DE ENTRADA LATERAL AO GRANDE TROCANTER DIREITO
6. PASSAGEM DO FIO GUIA;
7. FRESAGEM DO CANAL COM FRESA Nº 10, 11 E 12;
8. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 11X40;
9. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM PARAFUSO CEFÁLICO Nº 100;
10. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS Nº 50 E 55;
11. LIMPEZA COM SFO,9%;
12. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL E NYLON;
13. CURATIVO ESTÉRIL;
14. RADIOGRAFIA CONTROLE.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Luiz Antonio de Carvalho
CRM: 13925
DR(A) : LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM : 13925

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES
Sistema de Gerenciamento de Internação
Formulário de Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: THIAGOCMA
Em: 29/12/2017 14:09

Atendimento: 408839
Data de Atendimento: 20/12/2017 - 22:40
Data de Alta: 25/12/2017 - 18:30
Paciente: 110406 MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Leito: 66 ORTL-510-LEITO 002
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Plano: 1 GERAL
Usuário: CARLADSM

CID:

Diagnóstico de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta:

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





RECEITUÁRIO

laudo médico

Declaro P/ os devidos
Fins que o Paciente
MICK MYCKSON PEREIRA DA
ANSELMO ESTAR EM ACOMPANHAMENTO
AMBUATORIAL DOS TRATAMENTOS
CIRÚRGICOS DE FRACTURA DISTAL
DO FÊMUR (D), EM 24/12/17.
AINDA EM PERFIL TOCADO
METRIZ P/ PERMANECER DOMICILIADO
SEM AJUDA. Refere-se ao caso
VITIMA DO ACIDENTE AUTOMOBIL-
MÓVEL EM (20/12/17).

CID: S72.3

09/01/18

Dra. Nivalda Azeite
MÉDICA
CRM/PE 25.483

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

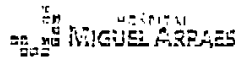
CARTÃO ALFREDO MARIANO TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Certifico que a presente cópia, apresentada por MICK MYCKSON PEREIRA DA ANSELMO, é fiel reprodução do original que me foi exibida. Dou fé.
Lima/PE, 12/03/2018 11:21:52. Emol: R\$ 5,41 TSJ: R\$ 0,00 Total:
4,09. AU-3-3457

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
Selo digital: 0150407.01V01201802.01006

Alfredo Mariano de Brito
Tabelião





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: miick nicksun P. de Andrade Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

08/03/18

~~HD~~ S.O.T
HD: 170 Ex Disfunção de
Homem (24/12/17) AEB Anomalia
P de Estóvel em Anomalia

FO: disfunção de homem seu seu flores
Proximidade homem seu seu seu
de se seu seu seu seu

Ca: 1) Presença após flores
2) Flores seu seu
3) Presença seu seu
4) Presença com 03 seu seu
seu seu seu seu seu

Dra. Mariana Adoni
MEDICA
CRM/PE 25.483

30/01/18

Presença em 24/12/17

Presença seu seu seu seu
Presença seu seu seu seu
Presença seu seu seu seu
Presença seu seu seu seu
Presença seu seu seu seu
Presença seu seu seu seu
Presença seu seu seu seu
Presença seu seu seu seu
Presença seu seu seu seu
Presença seu seu seu seu

Dr. Paulo
Dr. Paulo
Dr. Paulo





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	8431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	8431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE			6 - N° Prontuário	110406
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
708700154694790	10/07/1997	☒ M ☐ F	04 - Amarela	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	CYNTHIA MOURA PEREIRA			12 - Telefone de Contato	8198836571
13 - Nome Responsável	EVERALDO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	TRAVESSA NOVA DESCOBERTA, 577 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	260005	PE	53525711		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	ACIDENTE DE MOTO X MOTO APRESENTANDO FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR DIR		
21 - Condições que justificam a internação	TTO CIRURGICO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	EXAME CLINICO		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR DIR	S723	V W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Denominação do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	0408050489		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437532
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	20/12/2017	Dr. Bernado de Carvalho Britto Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 23.950	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Dilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurad		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - N° da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)	

AIH
261710296179-2

Dr. Antonio Albuquerque Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19.971.1507.14046

Código do Laudo: 408824



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 408839

Usuário: JACKELINEEPL

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE			Prontuário:	110406
Idade:	20a 5m 11d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	10/7/1997
Profissão:		Estado Civil:	SOLTEIRO		
R.G.:		Escolaridade:			
C.P.F.:		Telefone:		CEP	53525711
Endereço:	TRAVESSA NOVA DESCOBERTA		577	CENTRO	- ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação					
Origem:	INTERNACAO	Data e Hora da Internação:	20/12/2017 22:40		
Convênio:	SUS - INTERNACAO	Plano:	GERAL		
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito:	VERDE-29
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA				510-02

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	25 / 12 / 17	Hora da Alta:	11 : 00
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☐ Evasão	
Condições de Alta:	Bom, fo enviado, no		
Diagnóstico Principal.....:	Fract. da tíbia do tornozelo		
Diagnóstico Secundário01.:			
Diagnóstico Secundário02.:			
cedimento.....:	GSS cl. aberta ant. tórax do tórax		

Dra. Luciana Mose
CRM 17171
Fisioterapia

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
 WICK NYCHSON PEREIRA DE ANDRADE

DOC IDENTIDADE / CPF / RASCÃO / UF
 6388578 RDD PE

CPF
 087.889.204-12

DATA NASCIMENTO
 19/07/1987

PLACAO
 EVERALDO AMARO DE ANDRADE
 CYNTHIA NOBRA PEREIRA

PERMISSÃO
 []

ACC
 []

CAT HAB
 A.B.

Nº REGISTRO
 06308294343

VALIDADE
 28/07/2020

Nº HABILITACAO
 18/11/2015

CONDIÇÕES
 Morador Ativ Remunerada

Mick Nychson Pereira de Andrade

LOCAL
 PAULISTA - PE

DATA EMISSAO
 18/11/2014

[Assinatura]
 [Carimbo]

16884489444
PE078092542

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TUDO
6 TRÊS MIL E TREZENTOS MILHAR
1304830369

FECHADO PLASTIFICAR
1304830369



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 013712116771
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1 1128646274 1128646274 2017

NICK NICKSON FREIREIRA DE ABRADO

ABRADO E LIMA - PE

097.559.204-12

1128646274

1128646274

HONDA/NCX160 BROS RSUD

2P/162GL

IFVA 2017 QUITADO

1 1128646274

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

ABRADO E LIMA - PE 12/09/17

Charles Andreus Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

PE Nº 013712116771 BILHETE DE SEGURO DPVAT
NICK NICKSON FREIREIRA DE ABRADO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

ABRADO E LIMA - PE 12/09/17

097.559.204-12

1128646274

2017 09 9CZKD0810BR455554

PRÊMIO TAFIÁRIO

1128646274

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 02.249.504/0001-04

INSTRUÇÕES E GUARDE O BILHETE DPVAT
NÃO É DE SEU PORTO ORIGINÁRIO

JUL-2017



10

[illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- 1) CERTIFICADO DE REPRESENTANTE LEGAL SE Houver o cancelamento de mandato ou gerência de casamento ou morte para preenchimento da documentação fiscal e do veículo
- 2) CRI DO REPRESENTANTE LEGAL SE Houver as mortes legais
- 3) COMPROVANTE DE RESCISÃO DE VENDA DO VEÍCULO E/OU SE Houver a venda desse veículo ou desistência e indenização
033. REPRESENTANTE LEGAL E QUE SE ENcontra atualmente em carceres, não sendo o preso
- INFORMAÇÕES IMPORTANTES -**
- MORTE = R\$ 13.500,00
- FIDELIDADE JURAMENTADA = ATÉ R\$ 115.000,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO DAS LESÕES DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA ITEM 154/74.
- DESPESAS MÉDICAS (QUIN) = RESCISÓRIAS ATÉ R\$ 2.700,00 (PREPAGUAS), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**

GRÁTIS SAC DPVAT 0200 022 7101

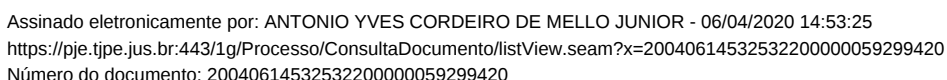
- [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INTERVENÇÃO
- | | | |
|---|---|---|
| MORTE = R\$13.500,00 | • | • |
| AVIAJADE PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VAIAR CONFORME A CATEGORIA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEQUELA PRESENTA NA TIT. 4.5.7.7.4. | | |
| • DESPESAS MÉDICAS (QUYD) = R\$5.200,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VAIAR CONFORME O TOTAL DE DESPESAS CONFORMES | | |

RESPONSIVEL FIELD RECES MENTO NA SEGURADORA

DATE	10/03/18
NAME	James Jones
ADDRESS	10000 1st St San Francisco, CA 94114
PHONE	415-555-1234
EMAIL	james.jones@example.com
REMARKS	See above



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180133381

Cidade: Abreu e Lima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

Data do acidente: 20/12/2017

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180133381**

Vítima: **MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE**

Data do Acidente: **20/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180133381**.

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 12571651

Pag. 00165/00166 - carta_01 - INVALIDEZ

00020083



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

Sinistro: 3180133381

Vítima: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

Data do Acidente: 20/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180133381** 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. 01733/01734 - carta_02 - INVALIDEZ

00040867



Carta nº 12597580



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Carta nº: 12656546

A/C: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

Nº Sinistro: 3180133381
Vitima: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE
Data do Acidente: 20/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 0000036040-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01847/01848 - carta_15R - INVALIDEZ

00020924



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

Sinistro: **3180133381**
Nome do(a) Examinado(a): **MICK NYCKSON PEREIRA DE ANDRADE**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA NOVA DESCOBERTA nº 577 - PLANALTO - ABREU E LIMA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 8358575 - SSP**
Data e local do acidente: **20/12/2017 ABREU E LIMA/PE**
Data e local do exame: **05/04/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE FEMUR DIREITO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO (20 SESSÕES). ESTA DE ALTA MEDICA.

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

MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (+/4+), BLOQUEIO DA ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA, ENCURTAMENTO CLÍNICO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. ESCOLIOSE FUNCIONAL. MARCHA CLAUDICANTE.

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



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)

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 entre 16 e 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").

Numero do Sinistro ou ASI	CPF da vítima	Nome completo da vítima
	099 559 204-12	LUCK NAYLSON PEREIRA DE ANDRADE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
LUCK NAYLSON PEREIRA DE ANDRADE	099 559 204-12	Deslocado
Endereço	Numero	Complemento
Rua Nova Dourada	077	
Bairro	Cidade	CEP
Tombos	Abreu e Lima	53350-000
E-mail	Estado	Telefone (DDD)
	PE	(21) 98501-7670

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 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA 5122		CONTA 00036040		BANCO Nome		Agência 000	
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)		(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.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



63-618

Hora: 11:25
 Alt: 107

TELEPHONE 7061 H.S. 608-57 HOL 6021

CONFIDENTIAL REFUS110

ADY. H. C. - 1853

AGENCIA/CONTA CONTABIL: 312/013/03-034-040-0

NOVEMBER 1964

DEPOSIT TABLE:

40

VALOR TOTAL	VALOR
200,00	200,00
200,00	200,00

VA OR DIRECTOR

Informaco: 1-800-235-2352

527 0050 0508 725

THE POLYMER SOURCE

RECEIVED

10 Via Via Clert



Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
 RUA VENEZA, 111 - JARDIM DE ABRIL - ABREU E LIMA - PERNAMBUCO - BRASIL
 CEP: 55060-000 - Fone: (011) 3141-1111 - Fax: (011) 3141-1112 - E-mail: alfredo@tribunalcivildigital.com.br

Certifico que a presente cópia, apresentada por MICK NYCSO PEREIRA DE ANDRADE, é uma reprodução fiel do original que me foi enviada. Por: MICK NYCSO PEREIRA DE ANDRADE
 Abreu e Lima/PE, 12/03/2018 11:19:32. Enol: R\$ 0,41 TSH: R\$ 0,00 Total: R\$ 0,41 AU-3-3452

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
 Selo digital: 0150607.01X01201802.00622

Alfredo Mariano de Brito
 Tabelião



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA -
DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0117000533

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/02/2018 às 15:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpeiro (Consumado)
 que aconteceu no dia 20/12/2017 às 18:45

Fato ocorrido no endereço: **RUA D - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 1 - Bairro: CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MICK NYCSO PEREIRA DE ANDRADE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
MICK NYCSO PEREIRA DE ANDRADE

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

MICK NYCSO PEREIRA DE ANDRADE (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **CINTIA MOURA PEREIRA** Data de Nascimento: **10/7/1997** Nacionalidade:
ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL
 Residência: **RUA NOVA DESCOBERTA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 677 - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO - ABREU E
LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: **NÃO**
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MICK NYCSO PEREIRA DE**
ANDRADE, que estava em posse do(a) Sr(a): **MICK NYCSO PEREIRA DE ANDRADE**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEA4460** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**
Descrição: **MXR BROD 160**

MOTO 2 (VEICULO) da propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NPY2463** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **FAN**

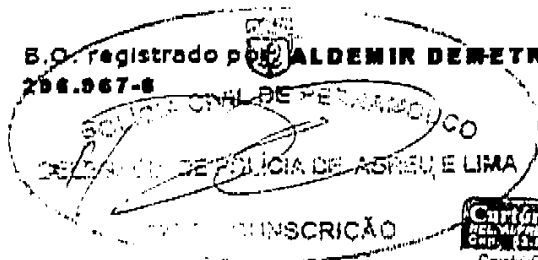
Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA NA AVENIDA PRINCIPAL DE CAETES 1 E FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS CONFORME CERTIDÃO Nº 2918APH00078 DIV. OP. E LEVADO PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAS E REGISTRADO COM O PRONTUARIO Nº 118496.E QUE REGISTRA ESSA BOLETIM PARA DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Mick Nicolson Pereira de Andrade
NICK MYCSON PEREIRA DE ANDRADE
(VITIMA)

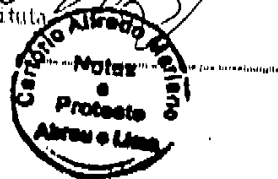
B.O. Registrado por: **ALDEMIR DEMETRIO AMORIM DA SILVA** - Matrícula: **296.067-8**



Certificado de Registro de TABELIONATO DE NOTAS PROTESTO
Certifico que a presente cópia, apresentada por NICK MYCSON PEREIRA DE ANDRADE, é uma reprodução fiel do original que me foi exibida. Dou fé.
Lima/PE, 12/03/2018 12:18:32. Ecol: R\$ 3,41 / ISR: R\$ 0,68 Total: R\$ 4,09. AU-3-34527

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
Selo digital: 0150607.0001201802.03728

Alfredo Mariano de Brito
Alfredo Mariano de Brito
Tabelião



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)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>Mick, Nyckson Pereira de Andrade</u>	CPI* da Vítima <u>070-554 204-12</u>	Data do Acidente <u>26/12/2017</u>
--	---	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPI* do Representante Legal
E-mail	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Recife 12 de março de 2018
Local e Data

Mick Nyckson Pereira de Andrade
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALLARI 33012/2017

