



Número: **0014020-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (AUTOR)	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71201 698	18/11/2020 11:29	<a href="#">Microsoft Word - 2710309_APELACAO</a>	Petição em PDF



**EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO AB**

**PROCESSO N. 00140206120208172001**

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 12 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295332000000069810018>  
Número do documento: 20111811295332000000069810018

Num. 71201698 - Pág. 1

**PROCESSO ORIGINÁRIO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE / PE**

**PROCESSO N.º 00140206120208172001**

**APELADA: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

**APELANTES: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**

**DAS RAZÕES DO RECURSO**

**COLENDÀ CÂMARA,**

**INCLÍTOS JULGADORES,**

Conforme apresentado na peça de bloqueio, a parte autora, ora Apelada, encontrava-se inadimplente com o prêmio do seguro, quando da ocorrência do sinistro, motivo pelo qual não há cobertura para o mesmo.

Inconformada, a demandada vem apresentar as razões do recurso de apelação, ora interposto, vez que a sentença proferida pelo juízo “*a quo*” deve ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos.

**DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO**

**LESÃO PREEXISTENTE**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Por amor ao debate a Apelante traz à baila, em uma simples consulta em seus arquivos que a parte Apelada, já percebeu a indenização do seguro DPVAT em face de outros sinistros ocorridos em 12/05/2014 e 08/12/2012, já tendo recebido da Seguradora administrativamente exatamente a quantia de R\$ 4.893,75 além dos R\$ 7087,50 pagos em relação ao sinistro em análise.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295332000000069810018>  
Número do documento: 20111811295332000000069810018

Num. 71201698 - Pág. 2

**Sinistro ocorrido em 08/12/2012** – regulação administrativa nº 2013260670– pagamento no valor de 2.531,25 – referente à JOELHO DIREITO 75 %.

**PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL**



**DADOS DO SINISTRO**

<b>Número:</b> 2013260670	<b>Cidade:</b> Abreu e Lima	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO	<b>Data do acidente:</b> 08/12/2012	<b>Emissor do parecer:</b> Arnaldo Kacelnik
<b>Seguradora:</b> CIA EXCELSIOR DE SEGUROS	<b>Prestadora:</b> IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	<b>CRM do médico:</b> 17727

**PARECER**

**Data da análise:** 16/05/2013

**Valorização do IML:**

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Traumatismo em Joelho direito com lesão ligamentar, com lesão de LCA e ligamento colateral medial

**Resultados:** Tratamento conservador.

**terapêuticos:**

**Sequelas:** Comprometimento parcial aos movimentos do joelho direito.  
**permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 3.375,00

**Médico avaliador:** GALDINO LEONARDO

**UF do CRM do médico:**

**DANOS**

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Danos não definidos.			

**Valor avaliado:** 2.531,25

**BANCO DO BRASIL**

**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

**FORMA DE PAGAMENTO:** CREDITO CONTA CORRENTE

**CLIENTE:** SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

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

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

21/06/2013

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

**VALOR TOTAL:**

2.531,25

**\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 03122

**CONTA:** 000000012542-7

**Nr. da Autenticação:** EB713E5C469962AF

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295332000000069810018  
Número do documento: 20111811295332000000069810018

Num. 71201698 - Pág. 3

**Sinistro ocorrido em 12/05/2014** – regulação administrativa nº 3150109258 – pagamento no valor de R\$ 2.362,50– referente à MID 25 %.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA			Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT	
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3150109258 Vitima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO	Cidade: Abreu e Lima Data do acidente: 12/05/2014	Natureza: Invalidez Permanente Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A		
<b>PARECER</b>				
Diagnóstico: Contusão em joelho direito + lesão corto contusa. Descrição do exame: Discreta limitação na ADM do joelho direito com presença de crepitação a movimentação ativa e passiva, força no médico pericial: MID preservada. Marcha claudicante				
Resultados terapêuticos: Desbridamento + síntese de lesão corto contusa. Fez 20 sessões de fisioterapia Sequelas permanentes: Limitação funcional leve em MID Sequelas: Com sequela Data da perícia: 17/04/2015 Conduta mantida: Observações: Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba CRM do médico: 21266 UF do CRM do médico: PE				
<b>DANOS</b>				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
	Total	17,5 %	R\$ 2.362,50	

## BANCO DO BRASIL

### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

#### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000012542-7

Nr. da Autenticação 5B1BEADC8E870252

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295332000000069810018>  
Número do documento: 20111811295332000000069810018

Num. 71201698 - Pág. 4

Sinistro ocorrido em 18/10/2019(caso em tela) – regulação administrativa nº 3200024339 – pagamento no valor de R\$ 7.087,50.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
 Seguradora <b>LÍDER</b> Administradora do Seguro DPVAT				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3200024339 Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO	Cidade: Abreu e Lima Data do acidente: 18/10/2019	Natureza: Invalidez Permanente Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A		
PARECER				
<p><b>Diagnóstico:</b> FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL</p> <p><b>Descrição do exame físico:</b> VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNozELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).</p> <p><b>Resultados terapêuticos:</b> TRATAMENTO CIRÚRGICO,HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS ALTA MÉDICA</p> <p><b>Sequelas permanentes:</b> DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO</p> <p><b>Sequelas:</b> Com sequela</p> <p><b>Data do exame físico:</b> 31/01/2020</p> <p><b>Conduta mantida:</b></p> <p><b>Observações:</b> VITIMA INDENIZADA SINISTRO ANTERIOR,3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.</p> <p>VITIMA INDENIZADA SINISTRO ANTERIOR 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMO, NO SINISTRO ATUAL A VALORAÇÃO É 50% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, OPTADO POR COLOCAR 100% EM MEMBRO INFERIOR, PARA QUE O VALOR CALCULADO PELO SISTEMA SEJA EQUIVALENTE AOS 25% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO VALORADO NESTE SINISTRO</p>				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
	Total		52,5 %	R\$ 7.087,50

## 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: 21/02/2020  
NUMERO DO DOCUMENTO:  
VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

BANCO: 104  
AGÊNCIA: 03122  
CONTA: 000000012542-7

Nr. da Autenticação BC2545499825E452

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295332000000069810018>  
Número do documento: 20111811295332000000069810018

Num. 71201698 - Pág. 5

**Dessa forma a apelada já recebeu a quantia de R\$ 11.981,25 em relação aos membros inferiores!!!!**

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Assim, a presente demanda trata-se indenização securitária em decorrência de lesão preteritamente afetada, ou seja, o Apelado não pode pleitear verba indenizatória de membro com deformidade permanente preexistente!

Assim, é de grande importância este Egrégio Tribunal atentar-se que a parte Apelada já realizou pleito administrativo indenizatório DPVAT em virtude de invalidez permanente decorrente de acidente pretérito.

Não obstante a Apelada traz a colação jurisprudência pátria em caso análogo, como segue:

**APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT. NEXO CAUSAL. NÃO COMPROVAÇÃO. LAUDOS DO IML E DO JUÍZO QUE APONTAM QUE A –LESÃO INCAPACITANTE É ANTERIOR AO ACIDENTE. RECURSO IMPROVIDO.** Para que se configure o direito à verba indenizatória do Seguro DPVAT, faz-se necessário que o evento morte ou invalidez haja sido consequência do acidente automobilístico. Ao autor incumbe a comprovação (art. 333, I, CPC) do nexo de causalidade entre a invalidez apresentada e o acidente relatado. Embora não esteja o Juiz adstrito às conclusões do laudo pericial (art. 436 do CPC), deve este ser prestigiado quando inexistente nos autos elementos ou provas capazes de infirmar as assertivas nele lançadas. Concluindo a perícia que a invalidez apresentada é preexistente ao acidente e que restou ausente prova do seu agravamento, a improcedência do pedido se impõe. RECURSO IMPROVIDO.

**(TJ-BA - APL: 00801731320118050001 BA 0080173-13.2011.8.05.0001, Relator: Maria do Socorro Barreto Santiago, Data de Julgamento: 18/02/2014, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 19/02/2014)**

Diante dos fatos aduzidos, resta evidenciado nos autos que a r. decisão, não fez a melhor justiça, data vênia, ferindo o princípio da razoabilidade, razão pela qual, a Apelante opõe o presente Recurso, com a finalidade de evitar a condenação injusta e infundada.

Equivoca-se a parte Autoral quando tenta fazer crer que faz *jus* ao recebimento a nova indenização em grau total, sem atentar-se que já recebeu conforme a Lei 11.945/2009 em que nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber 2 (DUAS) VEZES este valor alegando novo sinistro e nova lesão.

Portanto, não há qualquer valor a ser indenizado ao Apelado em relação ao sinistro noticiado nos autos, pois, se assim fizéssemos ESTAREMOS PAGANDO 2(DUAS) VEZES PARA UM SINISTRO DE INVALIDEZ, A PARTE APELADA MAIS DO QUE A LEI PREVÊ PARA PAGAMENTO POR MORTE POR EXEMPLO, para corroborar com o alegado.

A parte autora já fora indenizada no então valor apurado no laudo pericial referente ao membro inferior esquerdo, não lhe sendo devido mais qualquer valor remanescente.

Quanto a lesão no membro inferior direito apurada no ilustre laudo, cumpre esclarecer que o autor já recebeu o valor de R\$2.531,25 referente a sinistro ocorrido em 08/12/2012.

Ocorre que a parte autora não comprova ter adquirido tal lesão no acidente ocorrido em 18/10/2019, discutido na presente lide.

Desta forma, resta demonstrada a ausência de nexo causal entre o suposto sinistro e a lesão mencionada haja vista que, conforme demonstram os documentos em anexo, a mesma fora adquirida em sinistro ocorrido em 08/12/2012.

Desta forma, requer a Apelante que seja a referida SENTENÇA REFORMADA *IN TOTUM, a fim de que sejam julgados improcedentes os pedidos da Apelada.*

### **CONCLUSÃO**

Dianete de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Recorrente no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada *in totum* a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “*a quo*”, dando provimento ao presente recurso.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 12 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PE 4246**

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295332000000069810018>  
Número do documento: 20111811295332000000069810018

Num. 71201698 - Pág. 7

## 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; **JOSELAINÉ 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 nº 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 **JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**, em curso perante a **30ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00140206120208172001.

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295332000000069810018>  
Número do documento: 20111811295332000000069810018

Num. 71201698 - Pág. 8



Número: **0014020-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (AUTOR)	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71201 700	18/11/2020 11:29	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

 <p>PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO <b>DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO DE RECEITAS JUDICIAIS - DARJ</b></p>			
03 - NÚMERO DA GUIA I 2020726763	04 - CONTRIBUINTE COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS- CPF:33.054.826/0001-92	01 - BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL	02 - CÓD. UNID. CARTORÁRIA Processo Judicial Eletrônico   TJPE Recife - 127
06 - NATUREZA DA AÇÃO	07 - Nº DO PROCESSO 0014020-61.2020.8.17.2001	05 - DATA DE EMISSÃO 11/11/2020 09:44:02	08 - VALOR DECLARADO 6.578,09
09 - CÓD. DO ATO	10 - QUANT. 101 201	11 - OBSERVAÇÃO Julg. civil em grau de recurso Taxa Judiciária	12 - VALOR COBRADO 211,80 65,78
Este tipo de DARJ (CUSTAS DIVERSAS) NÃO poderá ser utilizado para custas iniciais do 1º grau.		14 - VALOR TOTAL: 277,58	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1ª VIA - BANCO

2ª VIA - UNIDADE CARTORÁRIA AUTOS

3ª VIA - CONTRIBUINTE

85810000002 1 77580073202 9 01111012701 9 20207267630 1

 <p>PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO <b>DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO DE RECEITAS JUDICIAIS - DARJ</b></p>			
03 - NÚMERO DA GUIA I 2020726763	04 - CONTRIBUINTE COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS- CPF:33054826000192	01 - BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL	02 - CÓD. UNID. CARTORÁRIA Processo Judicial Eletrônico   TJPE Recife - 127
06 - NATUREZA DA AÇÃO	07 - Nº DO PROCESSO 0014020-61.2020.8.17.2001	05 - DATA DE EMISSÃO 11/11/2020 09:44:02	08 - VALOR DECLARADO 6.578,09
09 - CÓD. DO ATO	10 - QUANT. 101 201	11 - OBSERVAÇÃO Julg. civil em grau de recurso Taxa Judiciária	12 - VALOR COBRADO 211,80 65,78
13 - ASSINATURA DO DISTRIBUIDOR		14 - VALOR TOTAL: 277,58	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1ª VIA - BANCO

2ª VIA - UNIDADE CARTORÁRIA AUTOS

3ª VIA - CONTRIBUINTE

85810000002 1 77580073202 9 01111012701 9 20207267630 1

 <p>PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO <b>DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO DE RECEITAS JUDICIAIS - DARJ</b></p>			
03 - NÚMERO DA GUIA I 2020726763	04 - CONTRIBUINTE COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS- CPF:33054826000192	01 - BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL	02 - CÓD. UNID. CARTORÁRIA Processo Judicial Eletrônico   TJPE Recife - 127
06 - NATUREZA DA AÇÃO	07 - Nº DO PROCESSO 0014020-61.2020.8.17.2001	05 - DATA DE EMISSÃO 11/11/2020 09:44:02	08 - VALOR DECLARADO 6.578,09
09 - CÓD. DO ATO	10 - QUANT. 101 201	11 - OBSERVAÇÃO Julg. civil em grau de recurso Taxa Judiciária	12 - VALOR COBRADO 211,80 65,78
13 - ASSINATURA DO DISTRIBUIDOR		14 - VALOR TOTAL: 277,58	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1ª VIA - BANCO

2ª VIA - UNIDADE CARTORÁRIA AUTOS

3ª VIA - CONTRIBUINTE

85810000002 1 77580073202 9 01111012701 9 20207267630 1



---

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
11/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.07.50  
1251301251 SEGUNDA VIA 0011

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: J BARBOSA ADVOGADOS ASS  
AGENCIA: 1251-3 CONTA: 31.969-4  
=====  
Convenio CUSTAS JUDICIAIS - TJPE  
Codigo de Barras 85810000002-1 77580073202-9  
01111012701-9 20207267630-1  
Data do pagamento 11/11/2020  
Valor em Dinheiro 277,58  
Valor em Cheque 0,00  
Valor Total 277,58  
-----  
DOCUMENTO: 111105  
AUTENTICACAO SISBB: E.A3E.1B3.E99.698.822

---

Transação efetuada com sucesso por: J7663175 JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295345700000069810020>  
Número do documento: 20111811295345700000069810020

Num. 71201700 - Pág. 2



Número: **0014020-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (AUTOR)	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71202 764	18/11/2020 11:29	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>	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: 27/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000012542-7

---

---

Nr. da Autenticação 5B1BEADC8E870252



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295354300000069810834>

Número do documento: 20111811295354300000069810834

Num. 71202764 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6278085

A/C: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**Sinistro:** 3150109258  
**Vitima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
**Data Acidente:** 12/05/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6364962

A/C: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**Sinistro:** 3150109258  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
**Data Acidente:** 12/05/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00907/00908 - carta\_02



Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2015

Carta nº: 6878676

A/C: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Sinistro: 3150109258  
Vitima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
Data Acidente: 12/05/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 0000012542-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Alexandre da Cunha  
 PORTADOR(A) DO RG N° 1654561 EXPEDIDO POR SDS - PG EM 15/01/82  
 CPF 048.919.233-031 / CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO   
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VITIMA José A. da Cunha, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar invalido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receitafazenda.gov.br](http://www.receitafazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO  AGENCIA  (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGENCIA  (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGENCIA  (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGENCIA  (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGENCIA 3122 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 12542-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ARUANA  
SEGUROS S.A.

06 FEV 2015

LOCAL Abram e Lima DATA 13/01/15

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) José Alexandre da Cunha

Sinistro DPVAT

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legião). No vigente dia do acidente, indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 12.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradora.com.br](http://www.dpvatseguradora.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-021-704.





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295354300000069810834>  
Número do documento: 20111811295354300000069810834

Num. 71202764 - Pág. 6

**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**

Nome do(a) Examinado(a): Jose Alexandre da Conceicao  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua General Abreu e Lima, S/N  
Caetés Velho Abreu e Lima PE CEP: 53560-270  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8654561  
Data local do exame: [ 17/04/2015 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Contusao em joelho direito + lesao corto contusa. Discreta limitacao na ADM do joelho direito com presencia de crepitacao a movimentacao ativa e passiva, forca no MID preservada. Marcha claudicante.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**Desbridamente + sintese de lesao corto contusa. Fez 20 sessoes de fisioterapia.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim       Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Discreta limitacao na ADM do joelho direito com presencia de crepitacao a movimentacao ativa e passiva, forca no MID preservada. Marcha claudicante.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

"Vítima em tratamento"       "Sem sequela 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)*

"Exame não permite conclusão"

*Vide motivo do impedimento no campo das observações*

- 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**

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

Região Corporal (Sequela):

**membro inferior esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

**tronco**  
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

**Dr. Victor Borda  
CREMEPE 21266**



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 14E0117004450



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/12/2014 às 08:23

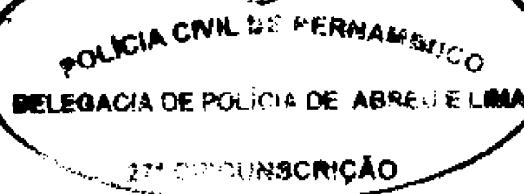
Complementa o BO Número: 14E0117003106

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 12/5/2014 no periodo da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 1, ASSEDIPE,01 DISTRITO INDUSTRIAL - ABREU E LIMA - Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO /BRASIL - Ponto de Referenda: FABRICA DE TINTAS.  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
JERONIMO GOMES BARBOSA ( OUTRO )  
JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO ( 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): JOSE  
ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

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

JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO Pel: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 18/1/1982 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8664861/SSP/PE (RG), 09849262448 (CPF) Estado Civil: AMASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares:  
- 87057169

Endereço Residencial: BAIRRO DE CAETES II (BAIRRO), 616, CORREGO DA PRATAS - CEP: 66000-000 - Bairro: CAETES II - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

JERONIMO GOMES BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 1, SITIO JAGUARIBE - S/N - ZONA RURAL DE ABREU E LIMA - CEP: 0 - Bairro: ALTO SAO MIGUEL - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JERONIMO GOMES BARBOSA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não

21/12/2014 08:4



Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE)

Placa: PPFJ7059 (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: 268883808 Chassi: 9C2H0210AR544160  
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: GASOLINA

CAMINHONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a); DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/GM/S10 Objeto apreendido: Não

Cor: AZUL - Quantidade: 0 (UNIDADE)

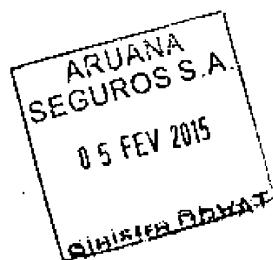
### Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA PELA AV: ASSEDIP/ABREU E ELIMA NO SENTIDO BR-101/CAETES, NAS PROXIMIDADE DA FABRICA DE TINTA, AO VER O CAMINHÃO FAZER UMA PARADA REPENTINA, A VITIMA FREIOU A MOTOCICLETA PARA NÃO COLIDIR NA TRAZEIRA DO CAMINHÃO VINDO A CAIR SOBRE O SOLO E LEVADO PARA HOSPITAL E MATERNIDADE DE ABREU E LIMA, QUE APÓIS SENDO TRANSFERIDO PARA HOSPITAL MIGUEL ARRAES, SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

X  
JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: ERINALDO JOSE DA CRUZ - Matrícula: 151.705-8



21/12/2014 08:41



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295354300000069810834>  
Número do documento: 20111811295354300000069810834

Num. 71202764 - Pág. 9

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Alexandre da Fonseca, portador(a) do RG nº 0654561 e inscrito(a) no CPF sob o nº 09844252448 residente e domiciliado(a) à R. Sítio Fagundes, 31 na cidade de Abrantes UF PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X José Alexandre da Fonseca

Assinatura do declarante

(conforme documento de identificação)



Abrantes 13 de fevereiro de 2015.





HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 221506  
Data e Hora: 12/05/2014 22:38

---

**Senha da Classificação:**

0047

Paciente: 66632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Sexo: MASCULINO  
Data do Nascimento: 18/01/1982 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Nome da Mãe:: MARIA DA CONCEICAO Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 1  
Endereço: CORREGO DA PRATA - 515 Bairro: CAETES II  
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

## **RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Queixa Principal

Queixa Principal  
Fim de mês com déficit de R\$ 55,00 no balanço  
por conta de despesas de R\$ 100,00

Exame Fisico

Exame Físico  
Franz Mazzoni 6x75/150 30x1/162 D/R  
Intolerância à urinação - URGency (+)  
PTBD - Bacteriúria

## Hipotesi Diagnostico

**Hipotesi Diagnóstico**

Prescrição Médica

Prescrição Médica  
Doxorubicina 50 mg + 100 ml Sf 0,9% 1 L, AG 0920  
500 ml Bicarbonato de sódio

Humberto Artur S. Santos  
77 Traumatol. Ortopedia  
CRM-PE 13339

**Assinatura e Carimbo/Médico**

Acto declarativo

Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência  
 Transferido: Para \_\_\_\_\_  
 Encaminhado ao setor de internação

ARUANA  
SEGUROS S.A.  
Senha:  
06 FEV 2015  
Sinistro DPVA





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Alexandre dos Concelhos

RG nº 8654561, data de expedição 25/09/08, Órgão SIS - PG,

CPF nº 09849352448, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Sítio Jaguaripe</u>
Número	<u>31</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jaguaripe</u>
Cidade	<u>Abreu e Lima</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53500-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8744-6436      (81) 8705-7159</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima 13/01/13

Assinatura do Declarante: x José Alexandre dos Concelhos





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.418 de 19/04/07  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, São José, Recife, Pernambuco - CEP 50.050-002  
Fone: (81) 3230-0000 | Fax: (81) 3230-0410 | www.celpa.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA SITIO JAGUARIBE 31

CPF 060 344 404-08 MIS 18149068232

JAGUAR DE ABREU E LIMA  
ABREU E LIMA PE

**CLASSIFICAÇÃO  
BIBLIOGRÁFICA  
BAIXAR PENDAÇÕES  
MATERIALÍSTICO**

2. INFORMAÇÕES FISCAIS

0007715111	LARCA	08/01/2015
15/01/2015	7010578535	3178993

A small rectangular ticket stub with printed text. The text includes:  
CANTO CONTRATO  
7003026080 01/2015  
BILHETE DE VIAGEM VÔO  
22/01/2015 06/02/2015  
TOTAL PAGADO R\$ 3,83

DESCRICAO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo 719 30 KW/H	30.000000	0.17501345	5.25
Acetileno Bandeira VERMELHA			0.00

卷之三

397

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA RUA FISCAL								
M.D.	PRÉ DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	NºPEL	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)	
INICIAIS	CAL	100/2000	820	0500/2015	30,30	20	0,00	30,30

[View Details](#) [Edit](#) [Delete](#)

Consumo, produção e alta disponibilidade das principais matérias-primas para a indústria têxtil			
Materiais	Estimativa	Várias	Disponibilidade
Algodão	21.000.000	1.000	20.000.000
25% poliéster	1.000.000	1.000	1.000.000
25% poliéster	1.000.000	3.000	1.000.000
25% poliéster	1.000.000	7.00	20.000.000
Outros	1.000.000	1.000	1.000.000
Total das matérias-primas	24.000.000	1.000	22.000.000
Consumo de energia primária	1.000.000	1.000	1.000.000
Produção de energia primária	1.000.000	1.000	1.000.000
Consumo de energia secundária	1.000.000	1.000	1.000.000
Produção de energia secundária	1.000.000	1.000	1.000.000

Aspetos a mais comuns são: risco associado a variação das cotações entre o mês e o ano, risco de juros, risco de inflação, risco de taxa de câmbio, risco de liquidez, risco de crédito, risco de desvalorização da moeda e risco de desvalorização da mercadoria.

an electronic signature is acceptable for all contracts with a bank or government.

[View all posts by \*\*John\*\*](#) [View all posts in \*\*Uncategorized\*\*](#)

**DEPARTAMENTO DE FREQUÊNCIA DAS PESSOAS DE 60 ANOS E MAIS**

DISTRIBUIÇÃO DA REDUÇÃO DAS PESSOAS (%)						ATRIBUTO DE VARIABILIDADE		
	VALOR MÍNIMO	LIMITES	VALOR MÉDIO	LIMITES	VALOR MÁXIMO	TÉRMINO HOSPITALAR (M)	UNIDADE DE VARIABILIDADE (M)	VALORES
MEAN	3,74	13,58	21,37	31,25	41,26			
MINUS ABSOLUTA	1,20	1,70	15,84	16,28		220	201	231
PLUS ABSOLUTA	2,74	1,20	30,00	30,00				

ARUANA  
SEGUROS S.A.

26 FEVEREIRO

Sinistro DPVAT

DATA DE VENCIMENTO: 22/01/2015 TOTAL A PAGAR (R\$) 3,83



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE DE ABREU E LIMA

GUIA PARA ENCAMINHAMENTO DO S.P.A.

Destino: HMA

Senha: 4430414 Hora: 14:00

Nome: José, Alexandre da Cunha Idade: 32 anos

ms. Paciente vítima de acidente de moto / alcool -  
sexe / ferimento de ferro D em fígado  
profundo de 12cm a 15cm ao momento  
catárticas. Rx operatório e altos. 65/40

\*1000



DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

Ferimento profundo / catárticas ???

Motivo da transferência: Pacote de traumatologista

ano: 12/05/14

Horas: 14:00





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



PERNAMBUCO

HOSPITALAR

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome: JOSÉ ALBERTO DIAZ GOMEZ Reg. 66632

1 - EM CASO DE INFECÇÃO À ADMISSÃO, INFORMAR:

Esteve internado no HMA antes do internamento atual? SIM  NÃO

Realizou cirurgia ou outro procedimento invasivo no HMA antes do internamento atual? SIM  NÃO

Qual cirurgia/ procedimento realizado:

2 - CIRURGIAS REALIZADAS DURANTE INTERNAMENTO ATUAL: Não realizou

a) LIMPIM + TUNICA DEPO Classificação:  (L)  (PC)  (C)  (I)\*

b) \_\_\_\_\_ Classificação:  (L)  (PC)  (C)  (I)

c) \_\_\_\_\_ Classificação:  (L)  (PC)  (C)  (I)

\* (L) limpa, (PC) potencialmente contaminada, (C) contaminada (I) infectada

3 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Acesso Venoso Periférico  Acesso Venoso Central  Sondagem Vesical   
Ventilação Mecânica  Tráqueostomia  Não realizou procedimentos

4 - INFECÇÕES APÓS 72H DA ADMISSÃO, QUANTO AOS RELACIONADAS À CIRURGIA (ITEM 2) OU AO PROCEDIMENTO INVASIVO (ITEM 3)

SIM  NÃO

5 - ANTIMICROBIANOS USADOS:

Profilático  Terapêutico  Não utilizou

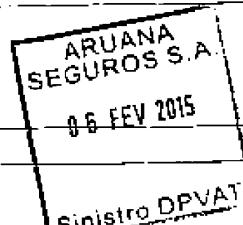
6 - Necessitou de alguma precaução (contato, respiratória)? SIM  NÃO

7 - Data de saída: 31/01/14 Alta () Óbito   
Óbito associado à infecção hospitalar? SIM  NÃO

8 - DIAGNÓSTICO DE ALTA: a) PERÍNEO EXTRATO E PLENO SORV

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_



9 - Observações:

Assinatura

Dr. Yves Cordeiro de Mello Junior  
Oncologista Traumatologista  
CRM/PE 21176  
Carimbo

Data: 14 / 01 / 2014



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 221506 Prontuário: 66632 SAME: 57709 Hora Atend: 22:38 Data Atend 12/05/2014  
Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Idade: 32 a  
Endereço: CORREGO DA PRATA  
Bairro: CAETES II UF: PE CEP: 53530545  
Cidade: ABREU E LIMA Plano: PLANO UNICO  
Convênio: SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Médico(a)/CRM: PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
CID Principal:  
Resultado: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Hora Saída: 23:14 Data Saída: 12/05/2014



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 221508

Dt Alta: 14/05/2014 - 13:56

Dt Atendimento: 12/05/2014 - 23:15

Paciente: 66632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Serviço: 15 CIRURGIA ORTOPEDICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 61 ORTL-509-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JENNIFERMLS

CID: S810

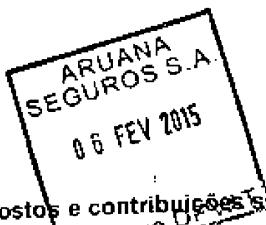
FERIMENTO DO JOELHO

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

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais  
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALBNCAR



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

Página.: 0001  
Data...: 13/05/2014  
Hora...: 01:02

### Ficha de Cirurgia Descritiva

iso de Cirurgia : 22611      Sala . 0001      SALA 01  
Paciente : 66632      JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
Convênio Atend.: 1      SUS INTERNACAO  
Leito : 558      VERD2-05  
Dt. Inicio : 13/05/2014 00:06      Dt. Fim : 13/05/2014 00:06  
Pré-Operatório : S810      FERIMENTO DO JOELHO  
Pós-Operatório : S810      FERIMENTO DO JOELHO

Atendimento : 221508  
Carteira :  
Idade : 32 Anos

### Procedimentos

Procedimento: 0401010058      EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA  
Convênio: 001      SUS - INTERNACAO  
Anestesia:

### Equipe Médica

CIRURGIAO : 15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: EXLENTO FERIMENTO JOELHO DIREITO

INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURAS DE EXTENSOS FERIMENTOS

OPERADOR: HUMBERTO ARTUR

ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INFILTRADO LIDOCAINA EM BORDAS DO FERIMENTO
5. ABORDAGEM DO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIR: DESBRIDAMENTO DE BORDOS DESVITALIZADOS DA FERIDA; LAVAGEM EXAUVESTIVA COM SF 0.9%
6. SUTURA DA PELÍCULA COM NYLON
7. CURATIVO

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

Humberto Artur S. Santos  
Traumato-Ortopedia  
CRM: 65 19.979

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY  
CRM : 15570

FATURADO  
EM 29/05/14



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





## **FICHA DE INTERNAÇÃO**

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP : 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 221508

**Wesley: WESLEYEYES**

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Prontuario: 66632  
 Endereço: 32a 3m 23d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 18/1/1982  
 Profissão: C.P.F.: 515-CAETES II CEP: 53530545  
 L.G.: Endereco: CORREGO DA PRATA Telefone: - ABREU E LIMA  
Dados da Internação  
 Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 12/5/2014 23:15  
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
 Unidade Internação: VERDF 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-05  
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: R.G.: C.P.F.: FAJURADO  
Endereço: Numero: EM 27105149  
Cidade: Estado civil :

## **DADOS DA LIBERACAO DO PACIENTE**

Data da Alta: 14 / 05 / 2014 Hora da Alta: \_\_\_\_\_

**Motivo:**  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

**Condições de Alta:** BOAS, para ACOMPANHAMENTO

Diagnóstico Principal.....: EXPERIMENTO FEMININO NO PONTO BOM

- Diagnóstico Secundário 01.: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Secundário 02:** \_\_\_\_\_

procedimento..... LUMPFEM UNIFERMIN  
Monteiro

• [View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#) | [Log a bug](#)

Dr. João Monteiro  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 1176

Médico e CRM:

**Assinatura e RG**

#### **ESONG DE RESPONSABILITADE**

ARUANA  
SEGUROS S.A.

— Page 55 of 2815

atamentos clínicos e  
médico e laboratorial  
nistro DPVAT

Assinatura do(a) responsável



COLEGIO  
PERMANENCIA

HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: JOSH ALVAREZ DIAZ VILLELA Registro: 66631

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora: 12/03/14 HISTORICO CLINICO  
Examinado extenso SORTEO DE ONTO  
BIG, ORL, URO, PTO, ECG, FONICO  
VII no Bloco cirúrgico  
Humberto Artur S. Santos  
Traumatologista  
CRM-PE 19.979

14.05.14 Operação

HOJE 7º DIA PÓS-OPERAÇÃO EX-NUMERO NO  
PRIMEIRO MÊS, POR ENQUANTO  
NÃO HÁ PROBLEMAS.

20: Atual ex-estatutário  
Recoveria plenamente em 13 dias  
WS ORTOPEDICO & Dr. CORDEIRO EM IRCD

D. João Monteiro  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PE 21177

ARUANA  
SEGUROS S.A.  
08 FEVEREIRO 2015

Sinistra OPVAT



# HOSPITAL METRÓP. NORTE MIGUEL ARRAES

VII

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HMA

2/05/2014 22:52

Nome Paciente:	JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
Cód. Paciente:	66692
Data de Nascimento:	18/01/1982
Sexo:	Masculino
Idade:	32
Senha:	0047
Convênio:	2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento:	221506



2/05/2014 22:52 - RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA - COREN: 332323 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO

Resposta de Emergência:

AMARELO

Descrição Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FERIMENTO PROFUNDO EM JOELHO  
D. ENCAMINHADO DA MATERNIDADE DE ABREU E LIMA SENHA 4430714.

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: -

Recursos Utilizados: -

Intervenções Salva Vida: -

Intervenções de Alto Risco: -



Acolhido(a) por: RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA  
Data: 12/05/2014 22:52

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295354300000069810834>  
Número do documento: 20111811295354300000069810834

Num. 71202764 - Pág. 21

Aviso de Cirurgia : 00022611 Data : 12/05/2014 23:51 Tipo : Internação  
Centro Cirúrgico : BLOCO CIRÚRGICO Exame : Nao  
Sala : 01 SALA 01 U.T.I : Nao  
Paciente : 00066632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
Data : 12/05/2014 Atendimento : 221503 Idade : 32 anos Telefone :  
Hora Prev. Inicial : 21:30 Hora Real Inicial : \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo :  
Hora Prev. Final : 22:50 Hora Real Final : \_\_\_\_\_  
A Segur.: Leito : VERD2-05 \*22611\*  
Acomodação:  
Anestesia : Pacote: Nao  
Pediatra:  
  
Cirurgia \_\_\_\_\_  
2498 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO  
Observação \_\_\_\_\_  
Procedimento \_\_\_\_\_ Convênio \_\_\_\_\_  
0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUC SUS - INTERNACAO  
Equipe Médica: CRM \_\_\_\_\_  
CIRURGIAO : 61 ROMERO MONTENEGRO NERY 15570  
Equipamentos: Qt. Solicitada \_\_\_\_\_



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

Página.. 0002  
Data .. 12/05/2014  
Hora.... 23:47

DR(A) ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE  
CRM . 13344



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295354300000069810834>  
Número do documento: 20111811295354300000069810834

Num. 71202764 - Pág. 23

Aviso de Cirurgia : 00022611 Data : 12/05/2014 23:51 Tipo : Internação  
Centro Cirúrgico : BLOCO CIRÚRGICO Exame : Nao  
Sala : 01 SALA 01 U.T.I : Nao  
Paciente : 00066632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
Data : 12/05/2014 Atendimento : 221505 Idade : 32 anos Telefone :  
Hora Prev. Inicial : 21:30 Hora Real Inicial : \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo :  
Hora Prev. Final : 22:50 Hora Real Final : \_\_\_\_\_  
A Seguir : Aviso de Cirurgia  
Acomodação : \*22611\*  
Anestesia : Pacote: Nao  
Pediatra:  
Cirurgia \_\_\_\_\_  
2498 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO  
Observação \_\_\_\_\_  
Procedimento \_\_\_\_\_ Convênio \_\_\_\_\_  
046010056 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUC SUS - INTERNACAO  
Equipe Médica \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_  
CIRURGIAO : 61 ROMPRO MONTENEGRO NERY 15570  
Equipamentos \_\_\_\_\_ Ot. Solicitada \_\_\_\_\_



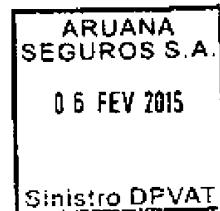
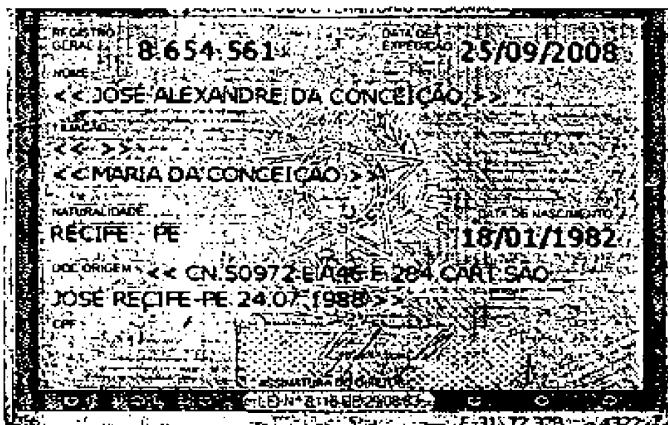
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

100403







Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295354300000069810834>  
Número do documento: 20111811295354300000069810834

Num. 71202764 - Pág. 27

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR,

RG nº 123.456.789-0, data de expedição 01/01/2010, Orgão 123456789,

CPF nº 123.456.789-000, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que moro  
no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome  
de terceiro.

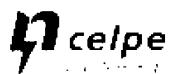
Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Rua das Flores, 123</u>
Número	<u>123</u>
Apto / Complemento	<u></u>
Bairro	<u>Jardim das Flores</u>
Cidade	<u>São Paulo</u>
Estado	<u>São Paulo</u>
CEP	<u>01234-000</u>
Telefone de Contato	<u>(11) 98765-4321</u>
E-mail	<u>antonio.yves.cordeiro.jr@gmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Lugar e Data: São Paulo, 15 de novembro de 2020

Assinatura do Declarante: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





CELPE - COMPAGNA DE ENERGIA ELETRICA

Exibição de Documentos

DATA DOCUMENTO:	0003026080	VALOR:	01/01/2015	01/02/2015
DATA CONSULTA:	22/01/2015	DATA EXIBICAO:	03/02/2015	
VALOR TOTAL:	3.85			

EXIBIÇÃO DE DOCUMENTOS

Demonstrativo de Consumo de Rua Nota Física

DATA DOCUMENTO:	0003026080	VALOR:	01/01/2015	01/02/2015
-----------------	------------	--------	------------	------------

ITEM	TIPO	UNIDADE	VALOR	DETALHAMENTO
1	Consumo	KWh	3.85	Consumo de energia
2	Impostos		0.00	
3	Outros		0.00	
4	Total		3.85	

NOTA FÍSICA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

DATA DOCUMENTO: 0003026080 VALOR: 3.85  
DATA CONSULTA: 22/01/2015 DATA EXIBICAO: 03/02/2015

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA

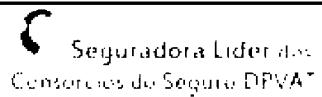
ITEM	TIPO	UNIDADE	VALOR	DETALHAMENTO
1	Consumo	KWh	3.85	Consumo de energia
2	Impostos		0.00	
3	Outros		0.00	
4	Total		3.85	

DATA DOCUMENTO: 0003026080 VALOR: 3.85

53800000000-9 038300110070 00000006010-3 01806586700-4



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3150109258 Cidade: Abreu e Lima  
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Data do acidente: 12/05/2014  
Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em joelho direito

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

### 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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

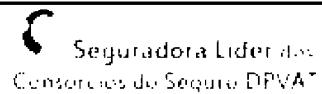
CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3150109258 Cidade: Abreu e Lima  
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Data do acidente: 12/05/2014  
Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Contusão em joelho direito + lesão corto contusa.

**Descrição do exame** Discreta limitação na ADM do joelho direito com presença de crepitação a movimentação ativa e passiva, força no médico pericial: MID preservada. Marcha claudicante

**Resultados terapêuticos:** Desbridamente + sintese de lesao corto contusa. Fez 20 sessoes de fisioterapia

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve em MID

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/04/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Victor Ramires Reynaux Borba

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

**CRM do médico:** 21102

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





Número: **0014020-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (AUTOR)	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71201 702	18/11/2020 11:29	<a href="#"><u>ANEXO 3</u></a>	Outros (Documento)



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH001442 Div. Op.**

Com fulero no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO; 37 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8654561 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.492.524-48, residente à RUA CORREGO DA PRATA, nº 515,, CAETES II, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/10/2019, por volta das 22:26 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBO ABREU E LIMA -PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF nº 098.492.524-48 e Registro Geral nº 8654561, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710387-5 CASTRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 500094. Ficou aos cuidados do médico JARBAS SILVEIRA, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/01/2020

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site*

*<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001442*

---

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295368500000069810022>

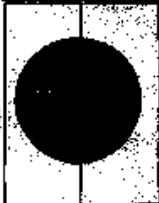
Número do documento: 20111811295368500000069810022

Num. 71201702 - Pág. 1

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retinida da senha: 18/10/2019 23:20

	<p>Nome Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Cód. Paciente: [REDACTED] Data de Nascimento: 18/01/1982 Sexo: Masculino Idade: 37 anos Senha: 0031 Convênio: [REDACTED] Atendimento: SAME</p> <p>Periodo: 18/10/2019 23:29 - 18/10/2019 23:31 THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO</p> <p>Prioridade: [REDACTED]</p> <p>Cor: [REDACTED] VERMELHO</p> <p>Queixa Principal: PCT VITIMA DE ATRPELAMENTO EM TIMBO POR VOLTA DAS 22:25 TRAZIDO PARA ESTE SERVICO PELO CORPO DE BOMBEIRO PCT COM ESCORIAÇÕES + LESÃO EM MMII COM SANGRAMENTO ATIVO EM MIE POUCO RESPONSIVO</p> <p>Fluxograma sintoma: TRAUMA</p> <p>Desenvolvedor(es):<ul style="list-style-type: none"><li>- DOR INTENSA (8-10/10)</li><li>- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL</li><li>- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA</li><li>- RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA</li><li>- SSVV ALTERADOS</li></ul></p> <p>Especialidade: CIRURGIA GERAL</p> <p>Sinais Vitais Lidos:<ul style="list-style-type: none"><li>- SACR - REGUA DE DOR: 10</li><li>- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 13</li><li>- FREQUENCIA CARDIACA: 84,00 BPM</li><li>- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 34,00 RPM</li><li>- GLICOSE: 96,00 MG/DL</li><li>- P.A. SISTOLICA: 109,00 MMHG</li><li>- P.A. DISTOLICA: 84,00 MMHG</li><li>- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 96,00 %</li></ul></p>
---	---

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim ( ) Não (x)

Local: [REDACTED]  
Assinatura: [REDACTED]

Enfermeiro: [REDACTED]

RC  
NEP-111-A

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 18/10/2019 23:31

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 500094

Semana da Classificação:

Data e Hora: 18/10/2019 23:33

Paciente: 68632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Sexo: MASCULINO  
 Nome Social:  
 Data do Nascimento: 18/01/1982 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA.  
 Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO Nome do Pai:  
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL CRM: 12347  
 Endereço: CORREGO DA PRATA 515 Bairro: CAETES II  
 Cidade: RJ: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Date Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

esq: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal**

Quinta vítima de atropelamento há 24 horas com lesão na face e fratura de clavicula  
 Enviado para o hospital para exame de biorrâmena. Ressalta que não havia ferimento no abdômen.  
 Nenhuma queixa de dor abdominal ou peritonite.

**Exame Físico**

PE: confundido com o do horário anterior, duração VTD (1h 15m)  
 T: 37,0°C P: 100 BPM R: 20 LPM S: 96% SpO2  
 A: RCRm 21, TBC 21, TAC 21, Fe 99% PA 102x90 mmHg

Auditivo: pleno, respiratório: rítimico e palpatório, P: bruxismo generalizado, P: tremor de acidente, P: tiques: benignos.

Hipótese Diagnóstica: Neurogênica: suspeita de envolvimento de origem glaucomatosa, possivelmente alcoólica,

possível envolvimento patológico.

**Prescrição Médica**

1) Exames laboratoriais no HSP: USG SE X-RAY + TAC + TC para suspeita de trauma

2) (1) Trauma de tórax/abdômen

3) SFR 2,9 Segundo > 7 J

CD: SORV. (Pacote Oxygent Coluna cervical + PSC de coluna + tórax/abdômen + diafragma)

4) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

CD: Ultrassom Umeral

5) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

CD: Ultrassom Abdômen

6) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

CD: Exame Fisiológico

7) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

CD: Exame Fisiológico

8) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

CD: Exame Fisiológico

9) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

CD: Exame Fisiológico

10) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

CD: Exame Fisiológico

11) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

12) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

13) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

14) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

15) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

16) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

17) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

18) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

19) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

20) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

21) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

22) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

23) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

24) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

25) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

26) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

27) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

28) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

29) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

30) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

31) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

32) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

33) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

34) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

35) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

36) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

37) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

38) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

39) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

40) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

41) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

42) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

43) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

44) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

45) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

46) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

47) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

48) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

49) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

50) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

51) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

52) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

53) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

54) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

55) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

56) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

57) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

58) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

59) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

60) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

61) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

62) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

63) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

64) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

65) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

66) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

67) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

68) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

69) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

70) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

71) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

72) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

73) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

74) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

75) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

76) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

77) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

78) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

79) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

80) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

81) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

82) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

83) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

84) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

85) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

86) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

87) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

88) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

89) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

90) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

91) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

92) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

93) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

94) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

95) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

96) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

97) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

98) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

99) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

100) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

101) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

102) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

103) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

104) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

105) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

106) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

107) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

108) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

109) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

110) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

111) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

112) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

113) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

114) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

115) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

116) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

117) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

118) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

119) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

120) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

121) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

122) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

123) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

124) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

125) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

126) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

127) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

128) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

129) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

130) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

131) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

132) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

133) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

134) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

135) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

136) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

137) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

138) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

139) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

140) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

141) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

142) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

143) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

144) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

145) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

146) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

147) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

148) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

149) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

150) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

151) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

152) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

153) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

154) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

155) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

156) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

157) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

158) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

159) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

160) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

161) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

162) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

163) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

164) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

165) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

166) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

167) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

168) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

169) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

170) SORV. 2,9 Segundo > 7 J

171) SORV. 2,9 Segundo > 7 J



## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT-5000916	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente <b>JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO</b>	6 - N° Plano de Saude <b>66632</b>			
7 - Cadastro Nacional do SUS 162406423330004	8 - Data de Nascimento 18/01/1982	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	10 - Raça Cor <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Parda	11 - Etnia <b>0000 - Não Se Aplica</b>
11 - Nome da Mãe <b>MARIA DA CONCEICAO</b>	12 - Telefone de Contato <b>8195446436</b>			
13 - Nome Responsável <b>ELIS REGINA</b>	14 - Telefone de Contato <b>81-85446436</b>			
15 - Endereço (Rua, N° Bairro) <b>CORREGO DA PRATA, 515 - CAETES II</b>	16 - Município <b>ABREU E LIMA</b>	17 - IBGE 260005	18 - UF PE	19 - CEP 53630546

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

*Atendendo ao seu pedido de internação, o paciente é encaminhado para a unidade de internação.*

21 - Condições que justificam a Internação

*Atendente comunicação.*

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

*Exame clínico normal.*

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causas Associadas
	<b>S82.2</b>	<b>V039</b>	

27 - Descrição de Procedimento/Solicitado

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28 - Código do Procedimento  
**0108.05.050-0**

29 - Especialidade	30 - Carteira de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
<input checked="" type="checkbox"/> Profissional	<input checked="" type="checkbox"/> Profissional	<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	<b>Dr. JACOB MELLO DE SOUZA</b>
			34 - Data da Solicitação <b>18/10/2019</b>
			35 - Assinatura do Profissional (se não tiver assinatura no Conselho)
			<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
			<b>CRM-MG: 26560</b>
			<b>12347</b>

**PLANTONISTA CIRURGIA GERAL**

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

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

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor <b>E280090001</b>
---------------------------------------	--

48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
<input checked="" type="checkbox"/> CNS	<input checked="" type="checkbox"/> CPF
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (se não tiver assinatura no Conselho)

**AIH**  
**261910222150-5**

**AIH**  
**261910222151-6**

Código do Laudo: **500094**



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

Página: 0001

Data: 19/10/2019  
Hora: 03:30

Aviso de Cirurgia: 60314

Sala: 0001 SALA 01

Atendimento: 500096

Paciente: 66632

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Carteira:

Convênio Atend.: 1

SUS - INTERNACAO

Idade: 37 Anos

Leito: 777

VERMELHO EXTRAO2

Dt. Início: 19/10/2019 02:10

Dt. Fim: 19/10/2019 03:35

Cid Pré-Operatório: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Cid Pós-Operatório: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGOM

16883 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

ANESTESESISTA

22513 PEDRO FILIPE DA LUZ SIQUEIRA DE O MELLO

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA

CIRURGIA: LC + DC + FIXAÇÃO EXTERNA

CIRURGIAO: DR FAGNER ATHAYDE

1º AUXILIAR: DR IGOR ALCENOR

2º AUXILIAR: DR ICARO MOLIM

ANESTESESISTA: DR PEDRO MELLO

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASPIRASIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOIO/AÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MÉDIO DISTAL DA PERNAS, DESBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS;
5. AVAGEM EXAUVESTIVA COM SORO FISIOLÓGICO; DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
6. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA DA TIBIA ESQUERDA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR;
7. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0;
8. CURATIVO ESTÉRIL.

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar:**

Dr. Karo Molim de Oliveira

Ortopedia e Traumatologia

CREMEPE 26580

31-10-19

DR(A): FAGNER FONSECA DE ATHAYDE  
CRM: 16883

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: 27/10/2019  
Hora: 19:50

Aviso de Orçamento : 80495 - Salas : 0003 SALA-03  
Paciente : 88632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Atendimento : 500096  
Convênio Atend. : 1 SUS-INTERNACAO Caffeina  
Leito : 68 ORTL-510-LEITO-004 Idade : 37 Anos  
Dt. Início : 27/10/2019 17:10 Dt. Fim : 27/10/2019 19:45

Cid Pré-Operatório: SB22 Cid Pós-Operatório: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO

#### Anesthesia

Hippocrate.

CIRURGIA 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO  
ANESTESISTA 2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

## Descrição Cirúrgica

**DIAGNÓSTICO: FRATURA DE OSSOS DA PERNAS BILATERAL**  
**CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM PERNAS ESQUERDA + RFFI COM HMD DE TIBIA BILATERAL**  
**CIRURGIO: DR. LUIZ CARVALHO**  
**1º AUXILIAR: DR. JOÃO BOSCO**  
**ANESTESIA: DRA. NATHALIA**  
**ANESTESIA: RAQUIANESTESIA.**

1. PACIENTE EM DOH. SOB ANESTESIA;
  2. RETIRADO FIXADOR EXTERNO LINEAR DE PERNAS ESQUERDA + ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
  3. APOIOÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
  4. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO ESQUERDO;
  5. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
  6. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;  
PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
  7. FRESCAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESA INICIAL
  8. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 11 X 330;
  9. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICais E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICais
  10. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
  11. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
  12. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
  13. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
  14. FRESCAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESA INICIAL
  15. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 11 X 310;
  16. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 3 PARAFUSOS CORTICais E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICais
  17. LIMPEZA COM SF 0,9%;
  18. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCORIL 1-0 E NYLON 3-0;
  19. CURATIVO;
  20. CONTROLE COM RX;

#### Achados Cirúrgicos:

#### **Descrição Complementar**

~~0.000 850 612 Neto  
0.000 850 612 Neto  
0.000 850 612 Neto  
0.000 850 612 Neto  
0.000 850 612 Neto~~

ESCRITÓRIO METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALÉNCAR



## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
IDADE: 37 SEXO: MAS

DATA DA ADMISSÃO: 18/10/19

REG: 66632

DATA DA ALTA: 28/10/19

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISÁRIA TIBIA DIREITA E ESQUERDA

### TRATAMENTO REALIZADO:

- RFFI COM HIM DE TIBIA D.e.E

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPÉDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNozELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ALGÍCA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

### PROGRAMA APOS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO: SIM(\*) NÃO( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

# FICHA DE INTERNACÃO

Cód. Atendimento: 500096

Usuário: MAYARAAM

HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP: 53.400-000

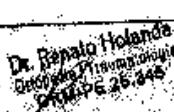
## DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO			Prontuário:	66632
Idade:	37a 8m 30d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:				Escolaridade:	
R.G.:	86544561	C.P.F.:		Telefone:	81-85446436
Endereço:	CORREGO DA PRATA			515	CAETES II
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Dados da Internação:	
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Data e Hora da Internação:	18/10/2019 23:44
Unidade Internação:	MELHA - EMERGEI			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Medic. Internação:				Plano:	GERAL
				Leito:	VERMELHO EXTRADZ

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	31.10.19
Endereço:	Numero:		<i>Q. NO.</i>
Fone:	Cidade:	Estado civil:	

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data de Alta:	28/10/19	Hora da Alta:	9:00
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão		
Condições de Alta:	<i>Boa</i>		
Diagnóstico Principal.....:	<i>Febre alta</i>		
Diagnóstico Secundário 01.:	<i>ANH</i>		
Diagnóstico Secundário 02.:	<i>ANH</i>		
Procedimento.....:	<i>H.I.M. bilateral</i>		
 <b>Médico e CRM:</b> <i>Dr. Benedito Holanda CRM-PB 26.345 Data: 26/05/2019</i>			
<i>Eduarda Regina Batista da Silva</i> <b>Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG</b>			

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, 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

10 de 2019

*Eduarda Regina Batista da Silva*  
*Assinatura e RG da paciente ou pessoa responsável*





**PERNAMBUCO**  
ESTADO DO

**MIGUEL ARRAES**



**IMIP**  
Instituto de Medicina Legal  
Prof. Fernando Figueira

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

REG: 66632

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
19/10/2011	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
	<b># ADMISSÃO</b>
00:30	<b>PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 40 MINUTOS COM RELATO DE USO DE BEBIDA ALCOOLICA CHEGA A ESTA UNIDADE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. POUCO COLABORATIVO. AO EXAME NÃO SABE RELATAR PERDA DE CONSCIENCIA OU EPISÓDIOS EMÉTICOS.</b>
	<b>EF: REG, CONSCIENTE, POUCO COLABORATIVO, ACIANÓTICO, DEFORMIDADE EM MMII (PERNAS) COM FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQUERDA. NVC +</b>
	<b>HD: FRATURA DIAFISARIA DE TÍBIAS, SENDO EXPOSTA A ESQUERDA + FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO</b>
	<b>CD: INTERNO AO BLOCO CIRÚRGICO PARA REALIZAR FIXAÇÃO EXTERNA E LIMPEZA COM DEBRIDAMENTO</b>
	Dr. Karo Malmudes, Peretti Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 26360
20/10/11	HSOT 14
14:30	14:30 - A respeito 29/10/10 LC+DL + Elástica externa EVOLU. BEM, ESTABILIZADA A DIXA CD: 14/10/2010 - melhora clínica náus

DR. KARO MALKIDES PERETTI  
CRM-PE 26360

PERNAMBUCO

MIGUEL ARRaes



IMIP

Instituto do Medicina Integral  
Prof. Fernando Pignatari

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: [Assunto]: JOSE

OGM: Osteosíntese da clavícula

66632

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

REG: Categorial

LEITO:

DATA/HORA:

26/10/19

a 10h

15h

(D) = Fxol. metálico exófita e fibra

FGA removido (E)

(b) = 29/10 = LCA + fixação óssea

Paciente Sair (WxX)

603 g. / 1.760 cm. - peso: 74.000

MTC = NV+

1º Contato: MIGUEL DA MELLO  
CORDEIRO JUNIOR

SCELOS  
DATUM  
EXCEPTEUM

#501

28/10/19

-> HO, 7º DPO. Pct ossos firm. Dif.

9100K

Pct evolução estável. Imobilização contínua com

guincho.

FF: RBC, cimento, orientada, suposta, imobilizada  
coronarada - NV mantendo

Rpx: Pco redutor e previsor

-> OP: Alta hospitalar setor em 16 dias

- Analges, diureticos

Dr. Renato Holanda  
Cirurgião-Dentista  
CRM-PE 25.344





## Evolução clínica

Nombres: Dose Aizcorbe Registró: 668-32  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermería: \_\_\_\_\_ Lejat: \_\_\_\_\_

Deja/Hora

#50

11.11.19 TD: 4 choose 4 offers by banks  
to finance at sites in Brazil  
19.10 - PPFG  
24.10 - Tim Bremen

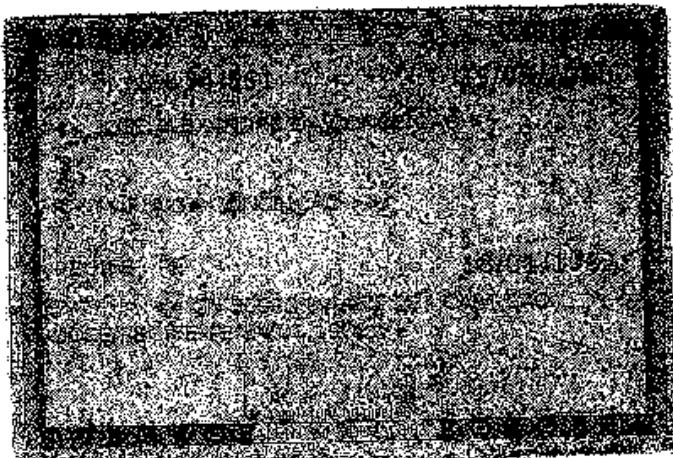
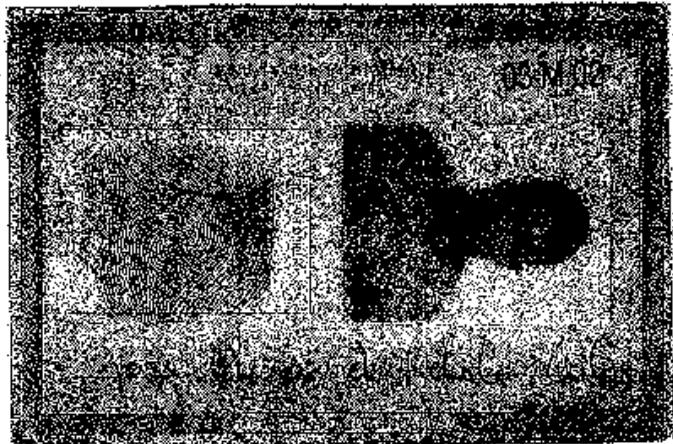
Discusses options from  
Santander, Rabobank, BNP  
Paribas, ABN Amro  
Westpac, ING, HSBC, Standard  
Chartered.

for Reg. Bank aspects  
S. Brazil

CD: Bremen on 15.11.19 x PPF  
Futuram Partners  
Brazilian Central Bank  
Bank

P.S.  
C.R.  
K.M.





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295368500000069810022>  
Número do documento: 20111811295368500000069810022

Num. 71201702 - Pág. 12

BRASIL  
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **098.492.524-48**

Nome: **JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

Data de Nascimento: **18/01/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/11/2008**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:23:43** do dia **10/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **80F9.B1D3.9D7E.BA5B**

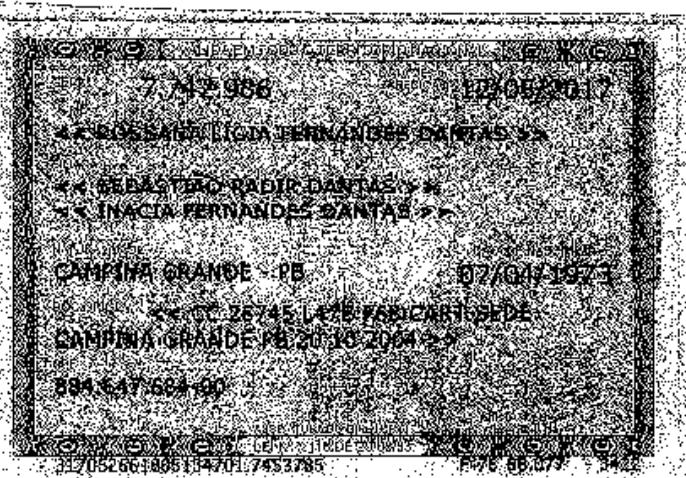
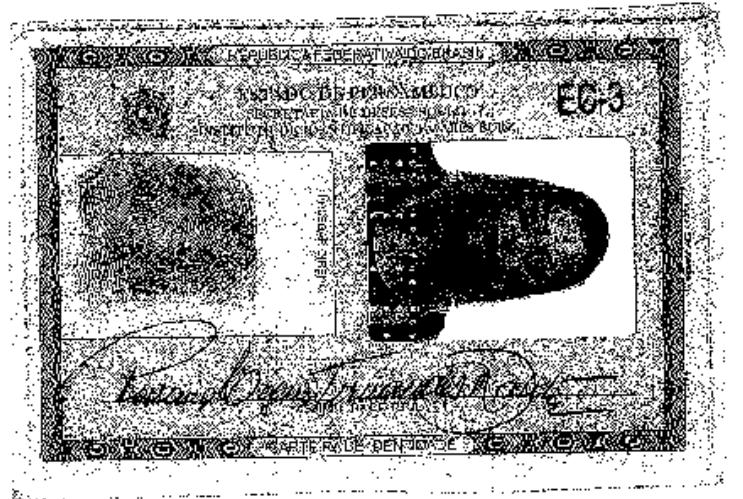


<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublic...> 10/01/2020



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295368500000069810022>  
Número do documento: 20111811295368500000069810022

Num. 71201702 - Pág. 13



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024339      **Cidade:** Abreu e Lima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO      **Data do acidente:** 18/10/2019      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL

**Descrição do exame físico:** VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO.

MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO,HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA SINISTRO ANTERIOR,3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMO, NO SINISTRO ATUAL A VALORAÇÃO É 50% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, OPTADO POR COLOCAR 100% EM MEMBRO INFERIOR, PARA QUE O VALOR CALCULADO PELO SISTEMA SEJA EQUIVALENTE AOS 25% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO VALORADO NESTE SINISTRO

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		<b>Total</b>	<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>



**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: 3200024339  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Alexandre da Conceicao  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Jaguaribe, 29  
Jaguaribe Abreu e Lima PE CEP: 53500-990  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8654561  
Data local do acidente: [ 18/10/2019 ]  
Data local do exame: [ 31/01/2020 ] RECIFE [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL**

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

**Tratamento: HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA**

**Complicações: EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS**

**Data da Alta: VITIMA NAO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

**VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MÉDIO. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM DÉFICIT DE FORÇA DE GRAU MÉDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++)**

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

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

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

**LIMITAÇÃO DE GRAU MÉDIO DE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR DE TORNOZELO, HIPOTROFIA MUSCULAR, MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, BLOQUEIO ARTICULAR, ALTERAÇÃO DA MARCHA.**

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

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

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

"Vítima em tratamento"

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

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Leonardo de Faria Neves  
CPF - 045.955.274-03  
CRM/PE - 17742



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

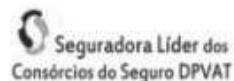
240

241

242

</

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020787/20

**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**CPF:** 098.492.524-48

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/10/2019

**Titular do CPF:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

#### JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO : 098.492.524-48

- 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](http://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: 15/01/2020  
Nome: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
CPF: 098.492.524-48

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024339      **Cidade:** Abreu e Lima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO      **Data do acidente:** 18/10/2019      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL

**Descrição do exame físico:** VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO.

MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++) .

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO,HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA SINISTRO ANTERIOR,3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMO, NO SINISTRO ATUAL A VALORAÇÃO É 50% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, OPTADO POR COLOCAR 100% EM MEMBRO INFERIOR, PARA QUE O VALOR CALCULADO PELO SISTEMA SEJA EQUIVALENTE AOS 25% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO VALORADO NESTE SINISTRO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
<b>Total</b>			<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024339 Cidade: Abreu e Lima Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Data do acidente: 18/10/2019 Seguradora: MONGERAL AEGON  
SEGUROS E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTSE E ALTA MÉDICA.  
P 2/3/5/6/9/11

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: \*

\*\*APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA EM SINISTRO 3150109258 ANTERIOR POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTESA DE JOELHO DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR 2013260670.

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 anatômica completa de ambos os membros inferiores	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024339 Cidade: Abreu e Lima Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Data do acidente: 18/10/2019 Seguradora: MONGERAL AEGON  
SEGUROS E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTSE E ALTA MÉDICA.  
P 2/3/5/6/9/11

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: \*

\*\*APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA EM SINISTRO 3150109258 ANTERIOR POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTESA DE JOELHO DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR 2013260670.

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 anatômica completa de ambos os membros inferiores	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295368500000069810022>

Número do documento: 20111811295368500000069810022

Num. 71201702 - Pág. 20

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: José Alexandre da Conceição  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro Profissão: SERVIENTE  
Identidade: 3654.561-909/06 CPF: 098.492.524-48  
Endereço: Rua Sírio JAGUARIBA nº 29 JAGUARIBA  
AREIA E LIMA PE CEP: 53.500-000

PROCURADOR(A):

**Nome:** ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS  
**Nacionalidade:** Brasileira    **Estado Civil:** Divorciada    **Profissão:** Empresária  
**Identidade:** 7.742.986 SDS/PE    **CPF:** 884.647.684-00  
**Endereço:** Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 18/10/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do ouorgão a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Arren e Dona/pos, em 10/01/2020  
Local e data

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)

**Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)**



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020787/20

**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**CPF:** 098.492.524-48

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/10/2019

**Titular do CPF:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

#### JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO : 098.492.524-48

- 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](http://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: 15/01/2020  
Nome: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
CPF: 098.492.524-48

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200024339 Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 18/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

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, contados 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 n° 15383408



Pág. 01543/01544 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295368500000069810022>  
Número do documento: 20111811295368500000069810022

Num. 71201702 - Pág. 23



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200024339      Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 18/10/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

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. 01855/01856 - carta\_02 - INVALIDEZ



00040928

Carta nº 15412651



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295368500000069810022>  
Número do documento: 20111811295368500000069810022

Num. 71201702 - Pág. 24



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200024339      Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 18/10/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Recebedor: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000000012542-7

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
098.492.524-48 José ALEXANDRE DA CONCEICAO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: José ALEXANDRE DA CONCEICAO 6 - CPF: 098.492.524-48  
7 - Profissão: SERVIDOR 8 - Endereço: Sítio JAGUARIBA 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ALMIRANTE 12 - Cidade: ALMEIDA LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.500-000  
15 - E-mail: jallmirep@hotmail.com (81)99944 1109 16 - Tel.(DDD): (81)33380069.

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:

<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 31020  CONTA: 0012542  (Informar o dígito se existir)  CONTA: (Informar o dígito se existir)  AGENCIA: (Informar o dígito se existir)  CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 pena de falsidade, que estou imediatamente de acordo com a seguinte declaração: Não tenho laudo de perícia médica que ateste a existência de lesões permanentes de natureza permanente.

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  Distrito Federal  Minas Gerais  Rio Grande do Sul  Rio de Janeiro  Espírito Santo  Santa Catarina  Paraná  São Paulo  Mato Grosso do Sul  Mato Grosso  Amazonas  Pará  Acre  Roraima  Amapá  Ceará  Pernambuco  Bahia  Alagoas  Sergipe  Piauí  Maranhão  Tocantins

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 - Vôlmo:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou herdeiros?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar se vivos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, alínea, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

*João e Luiz/Jo, que -10/01/2020*

*José Alexandre da Conceição*

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019

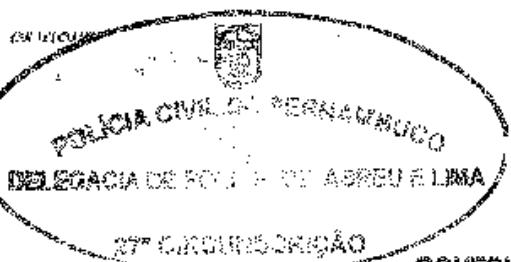
43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295368500000069810022>  
Número do documento: 20111811295368500000069810022

Num. 71201702 - Pág. 27



522428

0020781/10

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 27ª CIRCUROSICRICAÇÃO - ABREU E LIMA - DP27PCIR/RC DIALE/SESEC

BOLETIM DE Ocorrência N° 1080117004096

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/12/2010 às 06:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpa se (Consumado) que aconteceu no dia 18/12/2010 às 22:00

Fato ocorrido na endereço: AVENIDA BRASIL, 06 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.  
Local do Fato: ESTRADA FEDERAL

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE  
JOSE ALFREDO DA CONCEIÇÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BRINQUEDOS / JOGOS: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): JOSE ALFREDO DA CONCEIÇÃO  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSE ALFREDO DA CONCEIÇÃO (presente no plantão) - Sexo: Masculino; MARIA DA CONCEIÇÃO (nascida: 19/11/1948 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Padrão: BAIRRO NO CENTRO II (RECIFE), 215, RUA CONCEIÇÃO DA PRATA - CEP: 50100-000 - Bairro: CENTRO II - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino; Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s):

VEÍCULO (veículo) da propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/ônibus  
Cor/Identificação: N/A  
Quantidade: (quantidade não informada)

BICICLETA (BRINQUEDOS / JOGOS) da propriedade do(s) Sr(a): JOSE ALFREDO DA CONCEIÇÃO, que estava em posse do(s) Sr(a): JOSE ALFREDO DA CONCEIÇÃO  
Categoria/Marca/Modelo: BICICLETA NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO  
Objeto apreendido: N/A  
Quantidade: (quantidade não informada)

Complemento / Observação:

D:\WDC\Users\Pedro\OneDrive\Documentos\NGO\Protocolos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295368500000069810022>  
Número do documento: 20111811295368500000069810022

Num. 71201702 - Pág. 28

DECLARA O SISTEMA ALEXANDRE QUE ESTAVA GUARDANDO SUA BICICLETA PELA RR 101 QUANDO UM ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU COM MEU VEÍCULO TAMBÉM NÃO IDENTIFICADO VENDO EM ALTA VELOCIDADE BATE NA MÍDIA E DESLIZANDO E FUGINDO SEM PRESTAR SOCORRO SENDO EU SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL BRASIL ARRABE, DURANTE ESSE EPISÓDIO REGISTRA ESTE B.O.

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

*Jose Alexandre da Conceição*

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
(VITIMA)

*R. S. Freitas*

B.O. registrado por: ALDENIR DEMETRIO ANDRADE DA SILVA - Matrícula: 282.457-0





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH001442 Div. Op.**

Com fulero no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO; 37 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8654561 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.492.524-48, residente à RUA CORREGO DA PRATA, nº 515,, CAETES II, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/10/2019, por volta das 22:26 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBO ABREU E LIMA -PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF nº 098.492.524-48 e Registro Geral nº 8654561, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710387-5 CASTRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 500094. Ficou aos cuidados do médico JARBAS SILVEIRA, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/01/2020

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site*

*<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001442*

---

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295368500000069810022>  
Número do documento: 20111811295368500000069810022

Num. 71201702 - Pág. 30

# 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: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000012542-7

---

Nr. da Autenticação BC2545499825E452



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295368500000069810022>  
Número do documento: 20111811295368500000069810022

Num. 71201702 - Pág. 31

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO**  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO.  
CEP 50050-002  
CNPJ 10.435.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0008943-83



[www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de  
COMERCIAL 116 | PRONTO

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :

Ouvíndice 0800 :

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone

Agência Nacional de Energia Elétrica

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e

**DADOS DO CLIENTE**

JOSEFA MARIA DA SILVA  
CPF: 659.552.364-63

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA SITIO JAGUARIBE 29

JAGUARIBE/ABREU E LIMA  
53500-000 ABREU E LIMA PE

As condições gerais de fornecimento (Revolugão 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](http://www.celpe.com.br).

**DATA DE VENCIMENTO**

**16/01/2020**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**

**144,61**

**CLASSIFICAÇÃO**

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
Monofásico

**RESERVADO AO FISCO**

**03B6.4ABE.963E.BA57.A97F.5C8F.4F26.5565**

**DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	164,00	0,42656182	68,69
Consumo Ativo(kWh)-TE	154,00	0,36976625	55,24
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,94
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,94
Multa por atraso-NF 000172948 - 13/12/19			1,68
Juros por atraso-NF DBB172948 - 13/12/19			0,07
Atualização IGPM-NF 000172948 - 13/12/19			0,16
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>144,61</b>

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
123,87	25,00	30,96	123,87	0,90	1,11	123,87	4,15	5,14

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,42656182  
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,36976625

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

JAN	20	
DEZ	19	
NOV	19	
OUT	19	
SET	19	
AGO	19	
JUL	19	
JUN	19	
MAI	19	
ABR	19	
MAR	19	
FEV	19	
JAN	19	

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

R\$	%
40,34	92,57
4,49	3,99
27,02	21,81
0,34	3,12
37,21	30,06
0,31	0,07
123,87	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META	METRÍCA	PERÍODO
DIC-No de horas sem Energia	CRUZ DE REBUOLAS	0,76	10,44	20,00	Nov/2019
FIC-No de vezes sem Energia		2,00	1,00	15,00	
DIC-Duração máxima da Interrupção contínua		0,39	6,00	0,00	
DIC-Duração da Interrupção com 1kW ou mais				Límite DIC: 164	
BUS-D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,36					
Nota: Consulte o seu polômetro para obter a variação das indicações DIC, FIC, FMEC e DIC-D.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
PERÍODO	TIPO DE FUVEST	ANTERIOR	ATUAL	%	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
00000000011823819	CAT	12M/2019	215,00	09/01/2020	389,00	28	1.000,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/02/2020

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você!ág correios acajutiva: avenda da duque de caxias centro / copiadora digital: av duque de caxias nr 842

No dia da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

O cliente é compensado quando houver violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

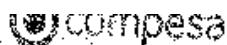
Pagto, em atraso, gera multa 2% (Res414/ANEEL), juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês.

O Cliente é compensado quando houver descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

**NÍVEIS DE TENSÃO**

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO
220	MÍNIMO
202	MÁXIMO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CNPJ 09.768.035/0001-64  
INSC. EST. PB 10.1.001.0014398-2  
ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00031 - LOJA-5 - CENTRO  
ABREU E LIMA PE 53523-790

DADOS DO CLIENTE  
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 103668667 / DATA: 27/01/2019  
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170  
INSCRIÇÃO: 165.135.120-0443.000 GRUPO: 7 DEZ. AUTOMATICO: 103668667

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO DEGASO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO A735224252	DATA EM ANTERIOR 29/12/2019	DATA EM ATUAL 30/12/2019	TIPO DE CONSUMO(A)	MÉDIA HD	

AQUA:

LEIT ANT: 4 CONSUMO:1  
LEIT ATU: 4  
LEIT FAT: 4 HO PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

11/2019	01	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORC.	ANALISES
23/2019	01	TURBIDEZ	48	48	48
09/2019	01	COR APARENTE	48	48	32
06/2019	01	CLORO RÉSÍQUIAL	48	48	48
07/2019	01	COLIF. TOTAIS	48	48	47
06/2019	01	E. COLI	48	48	48
MÉDIA:	01				

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.  
(2)OS PARAMETROS COPIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMÉRCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	0,00
CORTE 11/2019		9,02
NELIGACAO 11/2019		9,02
MULTA IP/IMPONTE UNIDADE 11/2019		2,19
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019		2,01

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR
100,92	1,65	1,88	
100,92	7,60	8,28	

VENCIMENTO PÓS VENCIMENTO: 11/01/2020 TOTAL A PAGAR: 131,16

AVISO: O NOME DO USUÁRIO NÃO PODE SER ALTERADO SEM A AUTORIZAÇÃO DA COMPESA.  
PROBLEMAS COM A REESTRUTURAÇÃO DE CONTA: AVISOS ANEXOS  
LIGAR: 0800-7292-0345662000





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoras.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ **884.647.684-00**,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **José Alexandre da Conceição**,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº **098.492.524-68**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima  
**José Alexandre da Conceição**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **098.492.524-68**,  
conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b>	Número	<b>200</b>	Complemento	<b>CASA</b>
Bairro	<b>TIMBÓ</b>	Cidade		Estado	CEP
		<b>ABREU E LIMA</b>		<b>PE</b>	<b>53520170</b>
Email:	<b>balbinospes@hotmail.com</b>	Telefone Comercial (DDD)	(81) 3538.0069	Telefone celular (DDD)	(81) 98721.5834

*Abreu e Lima, 14 de Janeiro de 2020.*  
*Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior*  
Assinatura do Declarante





Número: **0014020-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (AUTOR)	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71202 765	18/11/2020 11:29	<a href="#"><u>ANEXO 4</u></a>	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: 21/06/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000012542-7

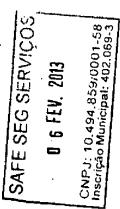
---

Nr. da Autenticação EB713E5C469962AF



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295403100000069810835>  
Número do documento: 20111811295403100000069810835

Num. 71202765 - Pág. 1



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

06 FEVEREIRO DE 2013

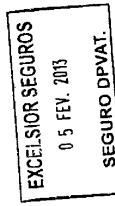
CNPJ: 10.494.853/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.769-3EU, Alexandre da ConceiçãoPORTADOR DO RG 8654.561 E CPF 098.993.524-48

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO ENDEREÇO ABAIXO

CITADO:



Nº 515-A BAIRRO CANTO CIDADE RECIFE E CIDA  
UF: PE CEP: 53500-100



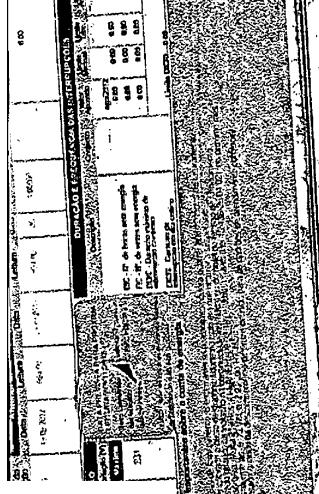
SEGURÓPVAT.

RECIFE, 05/02/2013

\*Alexandre da Conceição  
(Assinatura)

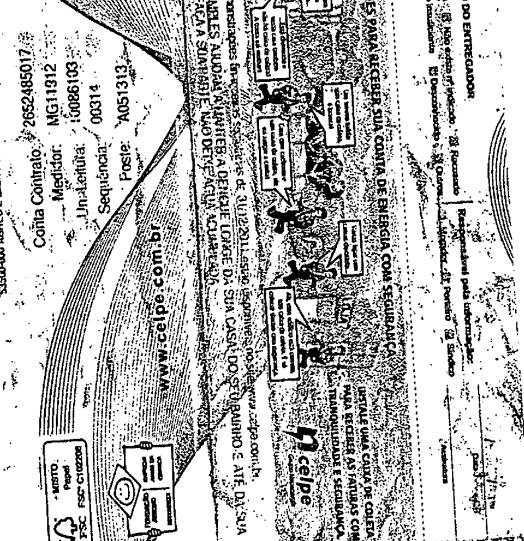
Tóne: (81) 3729-0443





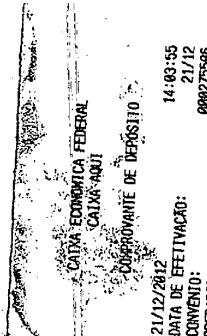
**celpe**  
Grupo Neoenergia

MARIA DA CONCEICAO  
COPA PRATINA  
CAETER MARIA DE LIMA  
SECO-SECAGEM LIMA FC



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:54  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295403100000069810835>  
Número do documento: 20111811295403100000069810835

Num. 71202765 - Pág. 3



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
CAIXA AGU!

DEPOIMENTO DE DEPÓSITO

21/12/2012 14:03:55

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 105161761

DATA DE EFETIVACAO:

21/12

CONTENDO:

000275566

OPERADOR:

100275566

AGÊNCIA: 3122

NAME : JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

VALOR:

</div

## A 24 HORAS - IGARASSU

mo da Classificação de Risco - Protocolo UPA IGARASSU - (SUS)

/2012 22:53

	<b>Nome Paciente:</b> JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO <b>Cód. Paciente:</b>
	<b>Data de Nascimento:</b> 17/01/1982 <b>Sexo:</b> Masculino <b>Idade:</b> 30 <b>Sentha:</b> 0291
	<b>Convênio:</b> <b>Atendimento:</b>

08/12/2012 22:53 - MARIA AMELIA CALADO - classificação

Prioridade:  
**URGENCIA**

Cor:

Queixa Principal:  
**DOR EM MID**

Observação:  
**ACIDENTE DE MOTO.**

Fluxograma sintoma:  
**TRAUMA MODERADO**

Discriminador(es):  
**- DOR MODERADA (4 - 7/10)**

Especialidade:  
**ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

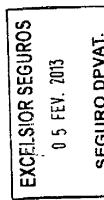
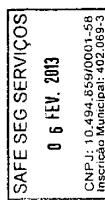
Recursos Utilizados:

Intervenções Salva Vida:

Interações de Alto Risco:

Alergias Atuais do Paciente

Paciente não possui alergia



Acolhido(a) por: MARIA AMELIA CALADO  
Data: 08/12/2012 22:53  
Tema de Acolhimento com Classificação de Risco

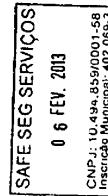
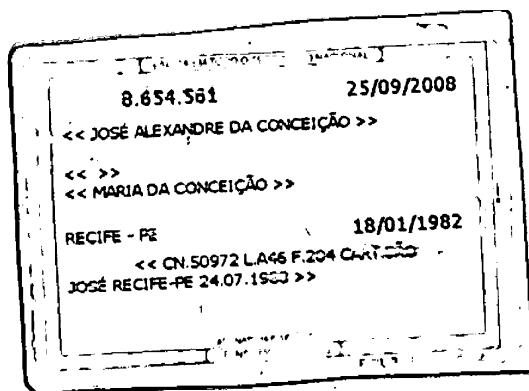
Página 1 de 1

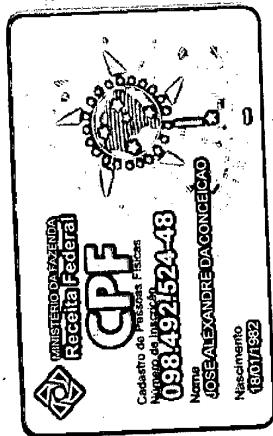


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295403100000069810835>  
Número do documento: 20111811295403100000069810835

Num. 71202765 - Pág. 4







SAFE SEG SERVIÇOS
06 FEV. 2013
CNPJ: 10.456.856/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS
05 FEV. 2013
SEGURO DE VÁT.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:54  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295403100000069810835>  
Número do documento: 20111811295403100000069810835

Num. 71202765 - Pág. 7

**DELETA DE TRÂNSITO DA UFRBAS**

RAN PE	Nº 8776718377	TIPO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	
COD. PESAVIA	2011	PERÍODO DE VÁLIDA DO REGISTRO	
1 2588830005	ABREU E LIMA-PB	ABREU E LIMA-PB	
<b>JERONIMO GORES BARBOSA</b>			
895.422.154-87	PFJ7859	PFJ7859	
PLACA/NUMERO	9C2HBB216AR544160	PLACA/NUMERO	
AS /MOTOCICLETA /	SANTANA	AS /MOTOCICLETA /	
HONDA/POP100	2010	HONDA/POP100	
CATEGORIA	OPREDOMINANTE	CATEGORIA	
P/97CL	LARANJA	P/97CL	LARANJA
DATA UNICO	VER. COTA UNICA	DATA UNICO	VER. COTA UNICA
IPVA 2011 QUITADO	IPVA 2011 QUITADO	IPVA 2011 QUITADO	
1	*****	1	*****
PERÍODO DE PAGAMENTO	PERÍODO DE PAGAMENTO	PERÍODO DE PAGAMENTO	
REGISTRO PAGO	REGISTRO PAGO	REGISTRO PAGO	
REGISTRO PAGO	REGISTRO PAGO	REGISTRO PAGO	
1	*****	1	*****
RESERVA	RESERVA	RESERVA	
L. FID. ADM CONS NAC HONDA LTD	L. FID. ADM CONS NAC HONDA LTD	L. FID. ADM CONS NAC HONDA LTD	
MOTOCICLETA	MOTOCICLETA	MOTOCICLETA	
ABREU E LIMA-PB	ABREU E LIMA-PB	ABREU E LIMA-PB	

**Seguradora Líder dos Consórcios**  
do Seguro DPVAT S/A  
CNPJ: 09.248.608/0001-06



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, JOSE ALFREDO DE PAES NOECKE, portador da carteira de identidade nº 2.654.561 e inscrito no CPF/MF sob o nº C98.492.529-98, residente e domiciliado na COLA PLATA N. 515-A, Cidade CAETÉ / RIO GRANDE DO SUL, 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:

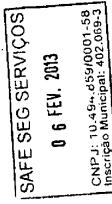
(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência, ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

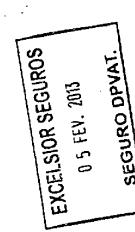
Com objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 de lesão, ou lesões, para os fins do §1º 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



X José Alfreto da Conceição

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Local e data



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO /CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**

SEGURÓBRIGATÓRIO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2013/045387 (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGUROBRIGATÓRIO)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

José Alcayande da Costa PORTADORA DO RG Nº 8.654.501 EXPEDIDO POR  
SE-112 EMISSOR CPF/CNPJ Nº 01.98.492.524-48, PROFISSÃO SEGURO DPVAT  
E RENDA MENSAL DE R\$ 6.00,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU  
REMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ALCAYANDE DA COSTA A EFETUAR O  
AUTORIZA A SEGURO A LIBERAR DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, CONCÓRDIA

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
Nº BANCO 001 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 16 FEV. 2013  
Nº CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
Nº BANCO 237 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
Nº BANCO 001 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 16 FEV. 2013  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA I  
Nº BANCO 341 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 16 FEV. 2013  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
Nº BANCO 104 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 31222  
Nº CONTA POUPANÇA 000.2542-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.  
UMA VÉZ EFETUADO O PAGAMENTO CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA  
DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDAS INDENIZAÇÃO.  
LOCAL Abreu e Lima DATA 06/02/12

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Jean Alexandre da Costa

## ATENÇÃO:

O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos beneficiários), obedecendo à legislação vigente na data do acidente, indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6.547/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o tipo de despesas comprovadas, somando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – Susep).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse [www.dpvtaseguro.com.br](http://www.dpvtaseguro.com.br) ou ligue 0800-02221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constuir cadastro de todos as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA  
CONTA POUPLANA FÁCIL

21/12/2012 14:03:15

CONVENTO:  
OPERADOR:

000275506  
10027550

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 013.00012542-7

NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

CPF: 088.492.524-48

COD. OPERAÇÃO: 356100053

OPERAÇÃO REALIZADA COM

SUCESSO.

CAIXA, ANTI.

É A MAIOR EM TODO O BRASIL

DISQUE CAIXA - 0800 725 7474

0800 726 2492

Atendimento à pessoa

com dificuldade auditiva

SAFE SEG SERVIÇOS

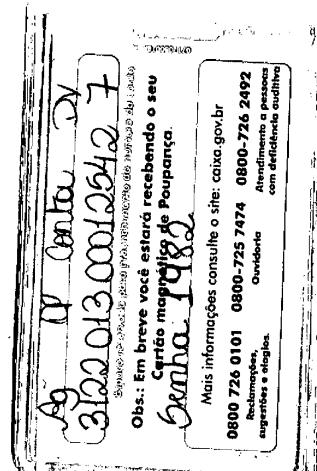
0 6 FEV. 2013

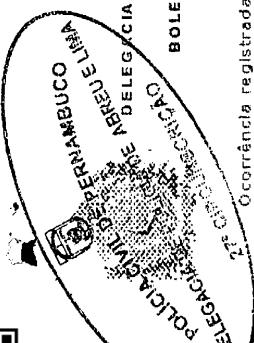
CNPJ: 10.494.109/001-58  
Inscrição Municipal: 402.965.3

EXCELSIOR SEGUROS

0 5 FEV. 2013

SEGURÓPVATI





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 13E0117000484

Ocorrência registrada na unidade policial no dia 03/02/2013 às 09:10

Número da BO que este complemento: 13E0117000079  
A CIDADE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Detoso (Consumado) que aconteceu no dia 8/12/2012 às 18:40

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE CAETES II(BAIRRO), 1, AVENIDA NILO COELHO - PROXIMO A FABRICA DE ALGODAO NATALIA - Bairro: CAFÉS II - Município: ABREU E LIMA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL

Lorai Unifabs - Via Pública - Endereço: NÃO INFORMADO

EXCELSIOR SEGUROS
05 FEN. 2013
SEGURÓ DPVAT.

Pessoas envolvidas na ocorrência:  
ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JERONIMO GOMES BARBOSA (OUTRO)

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (VITIMA)

Obrigatório informar a ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(s): JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
DESCONHECIDO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(s): ELEMENTO DESCONHECIDO  
DA CONCEICAO

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

(AUTOR / AGENTE) - ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DA CONCEICAO - País: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 16/07/1962; Naturalidade: RECREIO / PERNAMBUCO / BRASIL
Documento: 658486185838 (RG); 03948252448 (CPF) Endereço Civil: SOTYERPO(A); Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO;
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 27067159

Endereço Residencial: BAIRRO DE CAETES II (BAIRRO), 615, RUA CORREGO DA PRATA .55000-000, CAETES II, ABREU E LIMA, PERNAMBUCO, BRASIL  
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO  
Dados Comerciais: NÃO INFORMADO  
Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
*00402*

(VITIMA) - JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: MARIA DA CONCEICAO - País: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 16/07/1962; Naturalidade: RECREIO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Documento: 658486185838 (RG); 03948252448 (CPF) Endereço Civil: SOTYERPO(A); Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO;  
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 27067159  
Endereço Residencial: BAIRRO DE CAETES II (BAIRRO), 615, RUA CORREGO DA PRATA .55000-000, CAETES II, ABREU E LIMA, PERNAMBUCO, BRASIL  
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO  
Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

(OUTRO) - JERONIMO GOMES BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: NÃO INFORMADO; País: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: NÃO INFORMADO; Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO  
Estado Civil: NÃO INFORMADO; Escolaridade: NÃO INFORMADO; Profissão: NÃO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO  
Endereço Residencial: NÃO INFORMADO  
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO  
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO



## **Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes**

---

### **Informações do Acidente**

Sinistro: 2013260670

Nome da Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

Local: ABREU E LIMA-PE

Data do Acidente: 08/12/2012

### **Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador**

---

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

( )Sim    ( )Não    ( )Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

---

---

**Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito**

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

joelho direito

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

instabilidade gravíssima do joelho

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos ( )Sim    ( )Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

---

---

b) Exames Complementares ( )Sim    ( )Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:



---

---

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

( ) Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

---

---

( x ) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

instabilidade grave do joelho direito por lesão de Ica e ligamento colateral medial pos trauma

testes de instabilidade positivos

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

( ) Sim    ( x ) Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

---

---

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

( ) Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

( x ) Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

( ) Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

( x ) Parcial Incompleto



(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

**Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo.**

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Médio ( x ) 75% Grave

**Observação:** Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas

#### **Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor**

---

---

#### **Identificação do médico responsável pela avaliação.**

---

##### **Identificação do Médico Examinador**

Nome do Médico: GALDINO LEONARDO

Registro no CRM: 17727/PE

##### **Local e Data do Exame**

Recife 27 de maio de 2013



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO  
-SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT-**

Nº DO SINISTRO 2013/095382 (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, PORTADORIA DO RG Nº 8.654.501 EXPEDIDO POR  
SOS-PE EM 09/09/08 CPF/CNPJ Nº 098.492.584-48 PROFISSÃO SEGUENTE  
E RENDA MENSAL DE RS 600,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU  
REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT/IR A EFETUAR O  
CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

( ) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_

**EXCELSIOR SEGUROS**

05 FEV. 2013

SEGURÓ DPVAT,

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

**SAFE SEG SERVIÇOS**

06 FEV. 2013

CNPJ: 10.494.839/0001-00  
Inscrição Municipal: 402.069-3

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

1004039

IR)

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA I

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (I)



Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 3122  
Nº CONTA POUPANÇA 00012542-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.  
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Abreu e Lima DATA 06/02/13

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Jose Alexandre da Conceicao

ATENÇÃO:

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6134/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP).

Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



ANEXO ECONOMICA FOLHA

ANEXO 10A

ANEXO 10B

ANEXO 10C

REFLEXO 3126

REFLEXO 3127

REFLEXO 3128

REFLEXO 3129

REFLEXO 3130

REFLEXO 3131

REFLEXO 3132

REFLEXO 3133

REFLEXO 3134

REFLEXO 3135

REFLEXO 3136

REFLEXO 3137

REFLEXO 3138

REFLEXO 3139

REFLEXO 3140

REFLEXO 3141

REFLEXO 3142

REFLEXO 3143

REFLEXO 3144

REFLEXO 3145

REFLEXO 3146

REFLEXO 3147

REFLEXO 3148

REFLEXO 3149

REFLEXO 3150

REFLEXO 3151

REFLEXO 3152

REFLEXO 3153

REFLEXO 3154

REFLEXO 3155

REFLEXO 3156

REFLEXO 3157

REFLEXO 3158

REFLEXO 3159

REFLEXO 3160

REFLEXO 3161

REFLEXO 3162

REFLEXO 3163

REFLEXO 3164

REFLEXO 3165

REFLEXO 3166

REFLEXO 3167

REFLEXO 3168

REFLEXO 3169

REFLEXO 3170

REFLEXO 3171

REFLEXO 3172

REFLEXO 3173

REFLEXO 3174

REFLEXO 3175

REFLEXO 3176

REFLEXO 3177

REFLEXO 3178

REFLEXO 3179

REFLEXO 3180

REFLEXO 3181

REFLEXO 3182

REFLEXO 3183

REFLEXO 3184

REFLEXO 3185

REFLEXO 3186

REFLEXO 3187

REFLEXO 3188

REFLEXO 3189

REFLEXO 3190

REFLEXO 3191

REFLEXO 3192

REFLEXO 3193

REFLEXO 3194

REFLEXO 3195

REFLEXO 3196

REFLEXO 3197

REFLEXO 3198

REFLEXO 3199

REFLEXO 3200

REFLEXO 3201

REFLEXO 3202

REFLEXO 3203

REFLEXO 3204

REFLEXO 3205

REFLEXO 3206

REFLEXO 3207

REFLEXO 3208

REFLEXO 3209

REFLEXO 3210

REFLEXO 3211

REFLEXO 3212

REFLEXO 3213

REFLEXO 3214

REFLEXO 3215

REFLEXO 3216

REFLEXO 3217

REFLEXO 3218

REFLEXO 3219

REFLEXO 3220

REFLEXO 3221

REFLEXO 3222

REFLEXO 3223

REFLEXO 3224

REFLEXO 3225

REFLEXO 3226

REFLEXO 3227

REFLEXO 3228

REFLEXO 3229

REFLEXO 3230

REFLEXO 3231

REFLEXO 3232

REFLEXO 3233

REFLEXO 3234

REFLEXO 3235

REFLEXO 3236

REFLEXO 3237

REFLEXO 3238

REFLEXO 3239

REFLEXO 3240

REFLEXO 3241

REFLEXO 3242

REFLEXO 3243

REFLEXO 3244

REFLEXO 3245

REFLEXO 3246

REFLEXO 3247

REFLEXO 3248

REFLEXO 3249

REFLEXO 3250

REFLEXO 3251

REFLEXO 3252

REFLEXO 3253

REFLEXO 3254

REFLEXO 3255

REFLEXO 3256

REFLEXO 3257

REFLEXO 3258

REFLEXO 3259

REFLEXO 3260

REFLEXO 3261

REFLEXO 3262

REFLEXO 3263

REFLEXO 3264

REFLEXO 3265

REFLEXO 3266

REFLEXO 3267

REFLEXO 3268

REFLEXO 3269

REFLEXO 3270

REFLEXO 3271

REFLEXO 3272

REFLEXO 3273

REFLEXO 3274

REFLEXO 3275

REFLEXO 3276

REFLEXO 3277

REFLEXO 3278

REFLEXO 3279

REFLEXO 3280

REFLEXO 3281

REFLEXO 3282

REFLEXO 3283

REFLEXO 3284

REFLEXO 3285

REFLEXO 3286

REFLEXO 3287

REFLEXO 3288

REFLEXO 3289

REFLEXO 3290

REFLEXO 3291

REFLEXO 3292

REFLEXO 3293

REFLEXO 3294

REFLEXO 3295

REFLEXO 3296

REFLEXO 3297

REFLEXO 3298

REFLEXO 3299

REFLEXO 3300

REFLEXO 3301

REFLEXO 3302

REFLEXO 3303

REFLEXO 3304

REFLEXO 3305

REFLEXO 3306

REFLEXO 3307

REFLEXO 3308

REFLEXO 3309

REFLEXO 3310

REFLEXO 3311

REFLEXO 3312

REFLEXO 3313

REFLEXO 3314

REFLEXO 3315

REFLEXO 3316

REFLEXO 3317

REFLEXO 3318

REFLEXO 3319

REFLEXO 3320

REFLEXO 3321

REFLEXO 3322

REFLEXO 3323

REFLEXO 3324

REFLEXO 3325

REFLEXO 3326

REFLEXO 3327

REFLEXO 3328

REFLEXO 3329

REFLEXO 3330

REFLEXO 3331

REFLEXO 3332

REFLEXO 3333

REFLEXO 3334

REFLEXO 3335

REFLEXO 3336

REFLEXO 3337

REFLEXO 3338

REFLEXO 3339

REFLEXO 3340

REFLEXO 3341

REFLEXO 3342

REFLEXO 3343

REFLEXO 3344

REFLEXO 3345

REFLEXO 3346

REFLEXO 3347

REFLEXO 3348

REFLEXO 3349

REFLEXO 3350

REFLEXO 3351

REFLEXO 3352

REFLEXO 3353

REFLEXO 3354

REFLEXO 3355

REFLEXO 3356

REFLEXO 3357

REFLEXO 3358

REFLEXO 3359

REFLEXO 3360

REFLEXO 3361

REFLEXO 3362

REFLEXO 3363

REFLEXO 3364

REFLEXO 3365

REFLEXO 3366

REFLEXO 3367

REFLEXO 3368

REFLEXO 3369

REFLEXO 3370

REFLEXO 3371

REFLEXO 3372

REFLEXO 3373

REFLEXO 3374

REFLEXO 3375

REFLEXO 3376

REFLEXO 3377

REFLEXO 3378

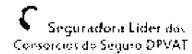
REFLEXO 3379

REFLEXO 3380

REFLEXO 3381

REFLEXO 3382

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



### DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2013260670	<b>Cidade:</b> Abreu e Lima	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO	<b>Data do acidente:</b> 08/12/2012	<b>Emissor do parecer:</b> Arnaldo Kacelnik
<b>Seguradora:</b> CIA EXCELSIOR DE SEGUROS	<b>Prestadora:</b> IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	<b>CRM do médico:</b> 17727

### PARECER

**Data da análise:** 16/05/2013

**Valorização do IML:**

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Traumatismo em joelho direito com lesão ligamentar, com lesão de LCA e ligamento colateral medial

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Comprometimento parcial aos movimentos do joelho direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 3.375,00

**Médico avaliador:** GALDINO LEONARDO

**UF do CRM do médico:**

### DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Danos não definidos.			

**Valor avaliado:** 2.531,25

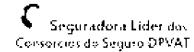
file:///C:/Users/juliana.afonso/Desktop/PARECER%20DE%20ANÁLISE%20MÉDICO... 09/04/2020



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295403100000069810835>  
 Número do documento: 20111811295403100000069810835

Num. 71202765 - Pág. 19

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2013260670	<b>Cidade:</b> Abreu e Lima	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO	<b>Data do acidente:</b> 08/12/2012	<b>Emissor do parecer:</b> GALDINO LEONARDO
<b>Seguradora:</b> CIA EXCELSIOR DE SEGUROS	<b>Prestadora:</b> SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.	<b>CRM do médico:</b> 17727

### PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo em joelho direito com lesão ligamentar, com lesão de LCA e ligamento colateral medial

**Descrição do exame médico pericial:** Instabilidade grave do joelho direito - com testes de instabilidade positivos

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Comprometimento parcial aos movimentos do joelho direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/05/2013

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 3.375,00

**Médico avaliador:** GALDINO LEONARDO

**UF do CRM do médico:**

### DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

**Valor avaliado:** 2.531,25

file:///C:/Users/juliana.afonso/Desktop/PARECER%20DE%20PERÍCIA%20MÉDICA... 09/04/2020



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295403100000069810835>  
 Número do documento: 20111811295403100000069810835

Num. 71202765 - Pág. 20



Número: **0014020-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (AUTOR)	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71202 770	18/11/2020 11:29	<a href="#"><u>2º DISTRIBUIDOR</u></a>	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas



## Transferências entre contas correntes BB

G331180837159456012  
18/11/2020 08:45:53

## Debitado

Nome JOAO BARBOSA ASS JURIDICA  
Agência 1850-3  
Conta corrente 54015-3

## Creditado

Nome CASSIANO RICARDO U MAIA  
Agência 5755-X  
Conta corrente 105387-6  
Valor 31,77  
Data Nesta data

Transação efetuada com sucesso por: J0358068 JOAO ALVES BARBOSA FILHO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088<https://aapj.bb.com.br/aapj/homeV2.bb?tokenSessao=fa850cf3d872cbc9f4e7c9a28ce3d1b1#>

1/



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 11:29:54  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295417500000069810840>  
Número do documento: 20111811295417500000069810840

Num. 71202770 - Pág. 1