



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
71201698	18/11/2020 11:29	<a href="#">Microsoft Word - 2710309_APELACAO</a>	Petição em PDF



**EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30ª 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.ª, 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**



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

COLEND A 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.**



**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 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  
**Valoração 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:** PE

**DANOS**

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

**Valor avaliado:** 2.531,25

**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 CONCEIÇÃO


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



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

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

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



**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				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
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		
<b>PARECER</b>				
<b>Diagnóstico:</b> FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL				
<b>Descrição do exame físico:</b> VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).				
<b>Resultados terapêuticos:</b> TRATAMENTO CIRÚRGICO, HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS ALTA MÉDICA				
<b>Sequelae permanentes:</b> DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO				
<b>Sequelae:</b> Com sequela				
<b>Data do exame físico:</b> 31/01/2020				
<b>Conduta mantida:</b>				
<b>Observações:</b> 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.				
<b>DANOS</b>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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>

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.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111811295332000000069810018  
Número do documento: 20111811295332000000069810018

**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 fizessemos 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**

Diante 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**





## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **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

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





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
71201700	18/11/2020 11:29	<a href="#">ANEXO 1</a>	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

 <p>PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO <b>DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO DE RECEITAS JUDICIÁRIAS - DARJ</b></p>		01 - BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL	02 - CÓD. UNID. CARTORÁRIA Processo Judicial Eletrônico   TJPE Recife - 127 05 - DATA DE EMISSÃO 11/11/2020 09:44:02
03 - NÚMERO DA GUIA I 2020726763	04 - CONTRIBUINTE COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS- CPF:33.054.826/0001-92		
06 - NATUREZA DA AÇÃO		07 - Nº DO PROCESSO 0014020-61.2020.8.17.2001	08 - VALOR DECLARADO 6.578,09
09 - CÓD. DO ATO	10 - QUANT.	11 - OBSERVAÇÃO	12 - VALOR COBRADO
101		Julg. cível em grau de recurso	211,80
201		Taxa Judiciária	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 ARRECAÇÃO DE RECEITAS JUDICIÁRIAS - DARJ</b></p>		01 - BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL	02 - CÓD. UNID. CARTORÁRIA Processo Judicial Eletrônico   TJPE Recife - 127 05 - DATA DE EMISSÃO 11/11/2020 09:44:02
03 - NÚMERO DA GUIA I 2020726763	04 - CONTRIBUINTE COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS- CPF:33054826000192		
06 - NATUREZA DA AÇÃO		07 - Nº DO PROCESSO 0014020-61.2020.8.17.2001	08 - VALOR DECLARADO 6.578,09
09 - CÓD. DO ATO	10 - QUANT.	11 - OBSERVAÇÃO	12 - VALOR COBRADO
101		Julg. cível em grau de recurso	211,80
201		Taxa Judiciária	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 ARRECAÇÃO DE RECEITAS JUDICIÁRIAS - DARJ</b></p>		01 - BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL	02 - CÓD. UNID. CARTORÁRIA Processo Judicial Eletrônico   TJPE Recife - 127 05 - DATA DE EMISSÃO 11/11/2020 09:44:02
03 - NÚMERO DA GUIA I 2020726763	04 - CONTRIBUINTE COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS- CPF:33054826000192		
06 - NATUREZA DA AÇÃO		07 - Nº DO PROCESSO 0014020-61.2020.8.17.2001	08 - VALOR DECLARADO 6.578,09
09 - CÓD. DO ATO	10 - QUANT.	11 - OBSERVAÇÃO	12 - VALOR COBRADO
101		Julg. cível em grau de recurso	211,80
201		Taxa Judiciária	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.





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
71202764	18/11/2020 11:29	<a href="#">ANEXO 2</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



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6278085

A/C: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**Sinistro:** 3150109258  
**Vítima:** 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 início 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**

Pag. 00395/00396 - carta\_01



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00907/00908 - carta\_02

00070454





Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2015

Carta nº: 6878676

A/C: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Sinistro: 3150109258  
Vítima: 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

Pag. 01015/01016 - carta\_15R





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 Jose Alexandre da Conceição  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 8654561 EXPEDIDO POR SPS - PE EM 18/01/82 E  
 CPF 04.849.232-08 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO PROFISSÃO  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose A. da Conceição 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. Esse 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 (Conta 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 inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

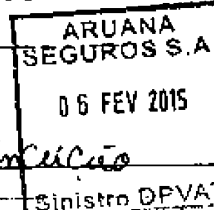
3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA 3122 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 12542-2

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 DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Abrun e Lima DATA 13/01/15

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Jose Alexandre da Conceição

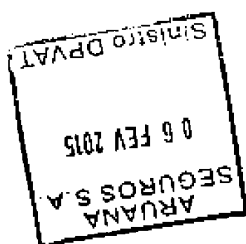


⚠ ATENÇÃO

• 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 11.945/2009) 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.dpvatseguroarunato.com.br](http://www.dpvatseguroarunato.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-021.704.





**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 presenca 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?

(X) 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?

(X) 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)?

(X) 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 presenca 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- 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) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

**Dr. Victor Borba**  
**CREMEPE 21266**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA 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 - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **12/5/2014** no período 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 Referência: 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:  
8664661/SSP/PE (RG), 09849262448 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO  
Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares:  
- 87057169

Endereço Residencial: BAIRRO DE CAETES II (BAIRRO), 616, CORREGO DA PRATA - 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 Mãe: ABRAHAM  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 1, SÍTIO 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

104405

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DE ABREU E LIMA  
27ª CIRCUNSCRIÇÃO

GUARANA  
SEGUROS A  
05 FEV 2015

21/12/2014 08:4



Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **PEJ7059** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **268883006** Chassi: **9C2H0210AR644160**  
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)**

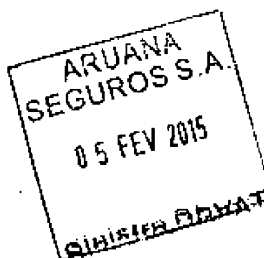
### Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA PELA AV. ASSÉDIP/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 APOIS SENDO TRANSFERIDO PARA HOSPITAL MIGUEL ARRÊS, 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: **151.705-9**



21/12/2014 08:41



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gisele Alexandre da Conceição, portador(a)  
do RG nº 8654561 e inscrito(a) no CPF sob o nº 0984952448 residente e  
domiciliado(a) à R. São Francisco, 31  
na cidade de Abreu e Lima 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  
avaliação 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 Gisele Alexandre da Conceição

Assinatura do declarante  
(conforme documento de identificação)



Abreu e Lima 13 de fevereiro de 20 15.





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 221506

Senha da Classificação:

**0047**

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

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: 12346  
Endereço: CORREGO DA PRATA 515 Bairro: CAETES II  
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 13:05

**Queixa Principal**

FRATURADO OMBRO DIREITO PROVOCADO  
POR QUINTA QUINTA A 15:00 DIA 11/05/14  
SINTOMAS EM DIA

**Exame Físico**

FRATURADO OMBRO DIREITO  
ARTICULACAO DO OMBRO DIREITO (+)  
SEM DO OMBRO

**Hipótese Diagnóstico**

FRATURADO OMBRO DIREITO

**Prescrição Médica**

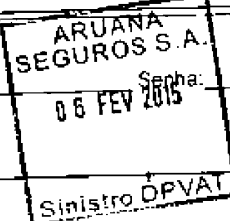
PARACETOL 500 + 100P 50, 9L, LU, AGORA  
E DO BLOCO A 2000-00

Humberto Artur S. Santos  
Traumato - Ortopedia  
CRM-PE 15010

Assinatura e Carimbo/Médico

Atto declaratório

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência  
( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_  
( ) Encaminhado ao setor de internação



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Alexandre da ConceiçãoRG nº 8654564, data de expedição 25/09/08, Órgão SDS-PE

CPF nº 09849252448, venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima 13/01/13Assinatura do Declarante: X Jose Alexandre Conceição



Força Social de Energia Elétrica Criada pela Lei nº 4.348 de 15/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Saneamento de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.833.928/0001-48 | Fone: (0800) 943-93 | www.celpe.gov.br

DADOS DO CLIENTE  
ELIS REGINA BATISTA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA SÍTIO JAGUARIBE 31

CPF 060 344 404-08 NIS 18149068732

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

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA TENSÃO COMUM  
NÃO PAGA

2ª NOTA FISCAL Nº 7003028080-1  
DATA 22/01/2015  
Linha 0801/2015  
APRESENTAÇÃO 1501/2015  
Nº DO CLIENTE 7010578535  
Nº DE CONTADOR 5178993

CONTA CONTRATO	7003028080	MÊS	01/2015
DATA DE VENCIMENTO	22/01/2015	DATA DE FÉTIMO	08/02/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)	3,83		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Fato 716 30 kWh	30,0000000	0,17501345	3,75
Acrescimo Bônus VERMELHA			0,08

TOTAL DA FATURA

3,83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
M DO	PERÍODO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
21/01/15	21/01/15	21/01/15	0,00	0,00	21	1,750	30,00

HISTÓRICO DE TENDÊNCIAS				INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIAS				COMPARAÇÃO DO CONSUMO			
MÊS	CONSUMO (kWh)	PERÍODO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)	PERÍODO	DATA	ANTERIOR
2015	30	21/01/15	21/01/15	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2015	30	21/01/15
2014	30	21/12/14	21/12/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/12/14
2014	30	21/11/14	21/11/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/11/14
2014	30	21/10/14	21/10/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/10/14
2014	30	21/09/14	21/09/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/09/14
2014	30	21/08/14	21/08/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/08/14
2014	30	21/07/14	21/07/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/07/14
2014	30	21/06/14	21/06/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/06/14
2014	30	21/05/14	21/05/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/05/14
2014	30	21/04/14	21/04/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/04/14
2014	30	21/03/14	21/03/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/03/14
2014	30	21/02/14	21/02/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/02/14
2014	30	21/01/14	21/01/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00	2014	30	21/01/14

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
A partir de 01/01/2015, a Companhia Saneamento de Pernambuco passou a utilizar o sistema de medição por hora (SMH) para a medição do consumo de energia elétrica. Este sistema permite a medição do consumo de energia elétrica em intervalos de 15 minutos, o que possibilita a identificação de picos de consumo e a otimização do uso da energia elétrica. A Companhia Saneamento de Pernambuco garante a precisão e a confiabilidade dos dados fornecidos pelo sistema SMH.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				NÍVEL DE TENDÊNCIA			
CONSUMO	PERÍODO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
2015	21/01/15	21/01/15	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/12/14	21/12/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/11/14	21/11/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/10/14	21/10/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/09/14	21/09/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/08/14	21/08/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/07/14	21/07/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/06/14	21/06/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/05/14	21/05/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/04/14	21/04/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/03/14	21/03/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/02/14	21/02/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00
2014	21/01/14	21/01/14	0,00	0,00	21	1,750	30,00

ARUANA SEGUROS S.A.  
06 FEV 2015  
Sinistro DPVAT

CONTA CONTRATO	7003028080-1	MÊS	01/2015	DATA DE VENCIMENTO	22/01/2015	TOTAL A PAGAR (R\$)	3,83
83800000000-9 03830011007-0 00302808010-3 01835686733-4							

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE DE ABREU E LIMA

GUIA PARA ENCAMINHAMENTO DO S.P.A.

Destino: HMA

Sinistro: 4430714 Hora: 14:00

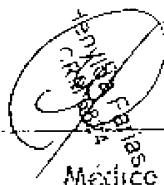
Nome: João Alexandre de Oliveira Idade: 32 anos

do. Paciente vítima de acidente de moto/alcooli-  
camente / ferimentos de joelho D em Bazel  
profundo de ± 12cm e/ de no momento  
cateteres. Ex operatório / alterado. Ar 40

do. Ferimento profundo / articular 7.7

Valor da transferência: Parar do traumatológico

no. 12 / 05 / 14 Hora: 14:00

  
Médico

ARUANA  
SEGUROS S.A.  
06 FEV 2015  
Sinistro DPVAT

0001

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR





# FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome: JOÃO ALBERTO PEREIRA CORDEIRO 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) LIMPEZA + TUBAGEM PULMONAR 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 ( ) Traqueostomia ( ) Não realizou procedimentos ( )

## 4 - INFECÇÕES APÓS 72H DA ADMISSÃO, OU 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, respiratório)? SIM ( ) NÃO (☒)

7 - Data de saída: 14/05/14 Alta (☒) Óbito ( )

Óbito associado à infecção hospitalar? SIM ( ) NÃO (☒)

8 - DIAGNÓSTICO DE ALTA: a) PERMUNHO EXTERNO E PULMÃO ANTERIO  
b) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_

9 - Observações: \_\_\_\_\_

Assinatura

Dr. João Monteiro  
Ondelando Francisco  
CREMEPE 21176  
Carimbo

Data:

14/05/2014



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



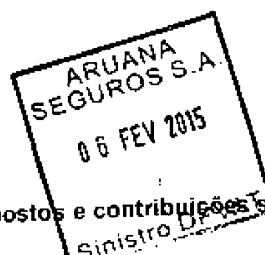
Atendimento: 221508  
Dt Atendimento: 12/05/2014 - 23:15  
Paciente: 66632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
Dt Alta: 14/05/2014 - 13:56

Serviço: 15 CIRURGIA ORTOPEDICA  
Leito: 61 ORTL-509-LEITO 001  
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA  
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO  
Plano: 1 GERAL  
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 ALENCAR



**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Ido de Cirurgia: 22611  
Paciente: 66632  
Convênio Atend.: 1  
Leito: 558  
Dt. Início: 13/05/2014 00:05  
Pré-Operatório: S810  
Pós-Operatório: S810

Sala: 0001 SALA 01  
JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
SUS INTERNACAO  
VERD2-05  
Dt. Fim: 13/05/2014 00:06  
FERIMENTO DO JOELHO  
FERIMENTO DO JOELHO

Atendimento: 221508  
Carteira:  
Idade: 32 Anos

**Procedimentos**

Procedimento: 0401010058  
Convênio: 001  
Anestesia:

EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA  
SUS - INTERNACAO

**Equipe Médica**

CIRURGIAO 15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: EXTENSO FERIMENTO JOELHO DIREITO  
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURAS DE EXTENSOS FERIMENTOS  
OPERADOR: HUMBERTO ARTUR  
ANESTESIA: LOCAL

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

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

Humberto Artur S. Santos  
Traumato - Ortopedia  
CRM: 19.979

DR(A): ROMERO MONTENEGRO NERY  
CRM: 15570

FATURADO  
EM 29/05/14



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **221508**

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

Usuário: WESLEYFS

## DADOS DO PACIENTE

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

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: FATURADO  
Endereço: Número: Estado civil: EM 29/05/14  
Telefone: Cidade:

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

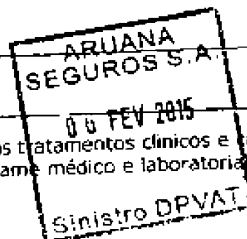
Data da Alta: 14/05/2014  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: BOAS, para acompanhamento Ambulatorial  
Diagnóstico Principal.....: EXPANSO FEMORAL NO JOELHO DIREITO  
Diagnóstico Secundário01.:  
Diagnóstico Secundário02.:  
Procedimento.....: LIMPEZA CIRURGICA + SUTURA.  
Dr. João Monteiro  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 21776  
Médico e CRM:  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



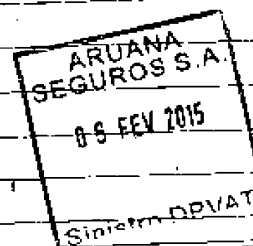


EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: JOSÉ ALVARO DA SILVA Registro: 6631

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	Observações
12/03/14	HISTÓRIA DE DOENÇA FRATURADO EXTENSO TÓRAX DIREITO BIB, ORTIZADO, ELÉTRICO VIZ DO BLOCO CIRÚRGICO
	Humberto Artur S. Santos Traumato - Ortopedia CRM-PE 19.979
14.05.14	ORTOPEDIA HIST 2º DPO FRATURA EXTERNA NO FÊMUR DIREITO, POR ACIDENTE COM O QUEBRA-QUEBRA
	CO: ADM CI ORTOPEDIA Revisão fratura fêmur de 13 dias SOS ORTODONTIA & PR. GOMAS BRANCO
	Dr. João Monteiro Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 2117



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo HMA

12/05/2014 22:52

Nome Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
Cód. Paciente: 66632  
Data de Nascimento: 18/01/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 32  
Senha: 0047  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 221506

12/05/2014 22:52 - RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA - COREN: 332323 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO

AMARELO

Queixa 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:

Situações 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



Aviso de Cirurgia: 00022611 Data: 12/05/2014 23:51 Tipo: Internação  
Centro Cirúrgico: BLOCO CIRURGICO Exame: Não  
Sala: 01 SALA 01 U.T.: Não  
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 Seguir: Aviso de Cirurgia  
Acomodação: Leito: VERDZ-05 \*22611\*  
Anestesia: Pacote: Não  
Pediatria:

Cirurgia

2498 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE PERIMENT

Observação

Procedimento

Convênio

0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE PERIMENTO 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



Aviso de Cirurgia : 00022611      Data : 12/05/2014 23:51      Tipo : Internação  
Centro Cirurgico : BLOCO CIRURGICO      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 :  
Acomodação :      Leito : VERD2 05  
Anestesia :      Pacote: Nao  
Pediatria :

Aviso de Cirurgia

**\*22611\***

Cirurgia

2498 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENT

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

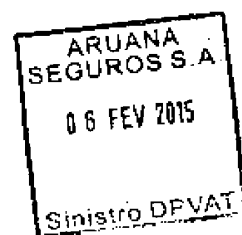




REGISTRO GERAL	8.654.561	DATA DE EXPIRAÇÃO	25/09/2008
NOME	<< JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO >>		
ENDEREÇO	<< MARIA DA CONCEIÇÃO >>		
NATURALIDADE	RECIFE - PE	DATA DE NASCIMENTO	18/01/1982
DOC. ORIGEM	<< CN.50972-EI-96-E-284 CART. SAO		
JOSE RECIFE-PE 24.07.1988			
CPF			
ASSINATURA DO CORRETOR			
CDB Nº 211852083			

ARUANA  
SEGUROS S.A.  
06 FEV 2015  
Sinistro DPVAT







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

RG nº 12.953.543, data de expedição 10/11/2020 Órgão SSP/PR

CPS nº 12.953.543 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro

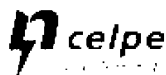
Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>AVENIDA DE CARLOS DE CARVALHO</u>
Número	<u>100</u>
Apto / Complemento	<u></u>
Bairro	<u>PARQUE JARDIM</u>
Cidade	<u>PARANAGUA</u>
Estado	<u>PR</u>
CEP	<u>81200-000</u>
Telefone de Contato	<u>(41) 3333-3333</u>
E-mail	<u>antonio.yves@paranagua.pr.gov.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Paranaguá, 18/11/2020

Assinatura do Declarante: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





NOTA FISCAL - FISCAL - INTERCOMERCIAL S.A.

EMPRESA: INTERCOMERCIAL S.A.

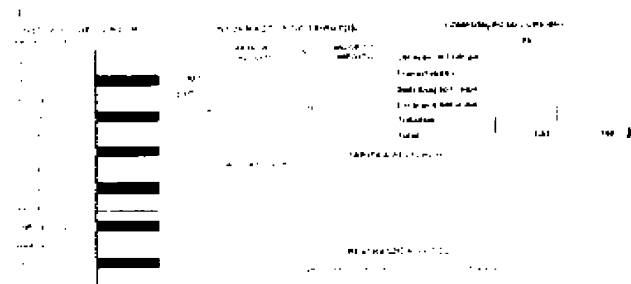
DATA DE EMISSÃO: 22/01/2015

CONTE CONTRATO: 7003026080  
DATA DE EMISSÃO: 22/01/2015  
VALOR: 01/2015  
DATA DE VENCIMENTO: 08/02/2015  
TOTAL A PAGAR: 3,83

EMPRESA: INTERCOMERCIAL S.A.

### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

PERÍODO: 01/01/2015 a 31/01/2015



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

PERÍODO	CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	TARIFAS DE ENERGIA ELÉTRICA
01/01/2015 a 31/01/2015	1,01 kWh	3,83 kWh

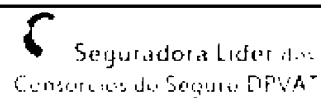
PERÍODO	CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	TARIFAS DE ENERGIA ELÉTRICA
01/01/2015 a 31/01/2015	1,01 kWh	3,83 kWh

DATA DE EMISSÃO: 22/01/2015

6380000000-9 03830011001-0 00302608010 3 01803085100-4



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3150109258

Cidade: Abreu e Lima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Data do acidente: 12/05/2014

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

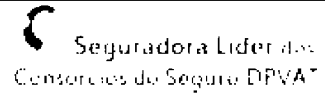
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

..



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3150109258

Cidade: Abreu e Lima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Data do acidente: 12/05/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

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

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

**Resultados terapêuticos:** Desbridamente + 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

### 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

### 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
71201702	18/11/2020 11:29	<a href="#">ANEXO 3</a>	Outros (Documento)



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

**CERTIDÃO**

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

Com fulcro 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 vítima(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 SILVA VEIRA, 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



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e Hora: 18/10/2019 23:20

Nome Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 18/01/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 37 anos  
Senha: 0031  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

CES +  
ortop

Período: 18/10/2019 23:29 - 18/10/2019 23:31

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PCT VITIMA DE ATRAPALHAMENTO EM TIMBO POR VOLTA DAS 22:25  
TRAZIDO PARA ESTE SRVICO PELO CORPO DE BOMBEIRO  
PCT COM ESCORIAÇÕES + LESÃO EM MMII COM SANGRAMENTO ATIVO EM MIE  
POUCO RESPONSIVO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSIVEL
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA
- RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA
- SSVV ALTERADOS

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASSGOW: 13
- FREQUENCIA CARDIACA: 94.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 34.00 RPM
- GLICOSE: 96.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 109.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 64.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim ( ) Não ☒  
Local:   
Enfermeiro

RE  
NEPTUNA

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









# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO			6 - Nº Prontuário	88832
7 - Cadastro Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raza/Cor	10.1 - Etnia	
162406429330004	18/01/1982	Masculino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA DA CONCEICAO			12 - Telefone de Contato	8185446436
13 - Nome Responsável	ELIS REGINA			14 - Telefone de Contato	81-85446436
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	CORREGO DA PRATA, 515 - CAETES II				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	260005	PE	53530545		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	<i>Ataque isquêmico com déficit de consciência e paralisia de membros inferiores à direita e esquerda.</i>		
21 - Condições que justificam a internação	<i>Ataque isquêmico.</i>		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	<i>Exame físico e neuro.</i>		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
	582.2	V03.9	

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento	29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Auxiliar
	0408.05.050-0			(X) CNS ( ) CPF	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Auxiliar	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo do Profissional no Conselho			
PLANTONISTA CIRURGIA GERAL	18/10/2019	Dr. Icaro Mello de Mello Ortopedia e Traumatologia CREMERO: 26560	12347		

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Atípico			
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E280000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
( ) CNS ( ) CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo do Profissional no Conselho
	Dr. Icaro Mello de Mello Ortopedia e Traumatologia CREMERO: 26560

AIH  
261910222150-5

AIH  
261910222151-6

Código do Laudo: 500094



**HOSPITAL MIGUEL ARRÃES**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

Paciente: 66632

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Atendimento: 500096

Convênio Atend.: 1

SUS - INTERNACAO

Carteira:

Leito: 777

VERMELHO EXTRA02

Idade: 37 Anos

Dt. Inicio: 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

Processamento: 0408050509

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO  
ANESTESISTA

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

22513 PEDRO FILIPE DA LUZ SIQUEIRA DE O MELLO

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

CIRURGIA: LC + DC + FIXAÇÃO EXTERNA

CIRURGIÃO: DR FAGNER ATHAYDE

1º AUXÍLIO: DR IGOR ALCENOR

2º AUXÍLIO: DR ICARO MÖLIM

ANESTESISTA: DR PEDRO MELLO

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

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

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**Dr. Icaro Mölim de Siqueira  
Oncologista Reumatologista  
CREMEPE 28580

31-10-19

DR(A): FAGNER FONSECA DE ATHAYDE  
CRM: 16863

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES DE ALENCAR



**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2009 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 27/10/2019

Hora: 19:50

Aviso de Cirurgia: 60495

Paciente: 86632

Convênio: 001

Leito: 68

Dt. Início: 27/10/2019 17:10

Cid Pré-Operatório: S822

Cid Pós-Operatório:

Sala: 0903

SALA 03

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

SUS - INTERNACAO

ORTL-510-LEITO-604

Dt. Fim: 27/10/2019 19:45

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento: 500096

Cafeteria:

Idade: 37 Anos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

CIRURGIÃO:  
ANESTESISTA:

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

2386 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNOSTICO: FRATURA DE OSSOS DA PERNA BILATERAL  
CIRURGIÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA + RFFI COM HIN DE TIBIA BILATERAL  
CIRURGIÃO: DR. LUIZ CARVALHO  
1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO  
ANESTESISTA: DRA. NATHALIA  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

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

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

31-10-19

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **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 DIAPISÁRIA TÍBIA DIREITA E ESQUERDA

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- RFFI COM HIM DE TÍBIA D e E

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TERREÇO 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 ALGICA;
- 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 PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ( )

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

Dr. Petral Holanda  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-PE 25.385

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

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

## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 500096  
Usuário: MAYARAAM

### DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO			Prontuário:	66632
Idade:	37a 8m 30d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	18/01/1982
R.G.:	8634561	C.P.F.:		Telefone:	81-85446436
Endereço:	CORREGO DA PRATA			CEP:	53530545
					ABREU E LIMA - PE
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA				
Convênio:	SUS - INTERNACAO				
Unidade Internação:	MELHA - EMERGEI	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO		
Médu. Internação:	SR	Plano:	GERAL		
		Data e Hora da Internação:	18/10/2019 23:44		
		Leito:	VERMELHO/EXTRADZ		

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Idade:	Numero:	31 10 19
Fone:	Cidade:	Estado civil:

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	28 / 10 / 19	Hora da Alta:	9 : 10
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:	Boa		
Diagnóstico Principal.....:	Et orn da torn D.P.F		
Diagnóstico Secundário01.:	AN-HIO		
Diagnóstico Secundário02.:	AN-HIO		
Prescrição.....:	121m Salinas		
	<p>Dr. Renato Holanda Otorrinolaringologista CRM 26.345</p> <p>Médico e CRM:</p>		
	<p><u>Glá Regina Batista da Silva</u> Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG</p>		

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 18 de 10 de 2019

Glá Regina Batista da Silva  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
CLÍNICA:

REG: 66632

# LEITO

**ENFERMAGEM:**

DATA/HORA	
19/10/2015	# SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
00:30	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 EPI-SÓDIOS EMÉTICOS.
	EF: REG, CONSCIENTE, POUCO COLABORATIVO, ACIANOTICO, DEFORMIDADE EM MMII (PERNAS) COM FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA. NVC +
	HD: FRATURA DIAFISARIA DE TIBIAS, SENDO EXPOSTA A ESQUERDA + FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO
	CD: INTERNO AO BLOCO CIRURGICO PARA REALIZAR FIXAÇÃO EXTERNA E LIMPEZA COM DEBRIDAMENTO
	Dr. Karo Máximo S. Pereira Ortopedista Traumatologista CREMEPE 20068
20/10/10	#SOTU
14:30	H2. A - 63 na 20 1910 - LL + DL + Fixação externa

Dr. João Máximo de S. Pereira  
Otorrinolaringologista  
PREMEPE 20860

20/10/10	#SOT 14
14:30	WZ. A ~ 65 m
	20/10/10. LC + DL + Fikona externa
	CLCCL. 3m, EST + VOR. 5m OLIXAJ
	CD = 40 m + 20 m. METHONAP. 4m + 15 m + 25 m

Dr. von Langer  
ERB 88224  
Rd-PR 235



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ASSUNTO  
CLINICA:

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**  
 10/12/2016 06:20:00

REG: [Categorie]

**LEITÖ**

**ENFERMAGEM:**

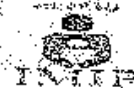
DATA/HORA	
26/01/99 15h	<p># LOT #</p> <p>B = FROT. NIFILARIO EXHAUSTO E TUBIN (E)</p> <p>FRAJMENTO LE (C)</p> <p>b = 19/W = LCHOL + FIXAÇÃO B/MOBIL</p> <p>Paciente sem queixas</p> <p>SUS em visita cont. Alentejo</p> <p>M.T.E = NV ⊕</p> <p>d. Ocorrência ALACIAR de BAF</p> <p>CASABRIS AMPLIO</p> <p style="text-align: right;">SZEL-INDO BIDION DAREL-ROCHA-DUT</p> <p># 807</p>
28/10/19 9:00h	<p>-&gt; #07 7º DPO Pte 80700 turn D.17</p> <p>Pte enderço exteora h modimamcamante, sem grupos.</p> <p>EF: RBB, csmonte, orientada, supressor, Indentado normocorada . NV normocorada</p> <p>Rc' Boa reducao e presenca</p> <p>-&gt; CDJ Alta hospitalar reform 15 dias</p> <p>Análise , diambalante</p>

Dr. Renato Molander  
Osteopatia Traumatologica  
CRM-PE 25.345





HOSPITAL  
MIGUEL ARRÁEZ



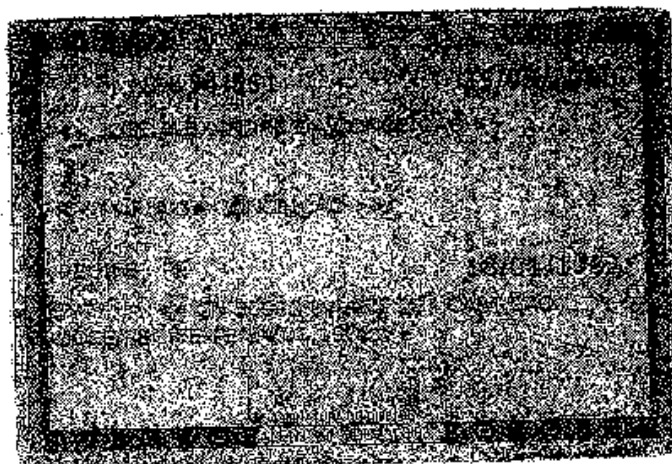
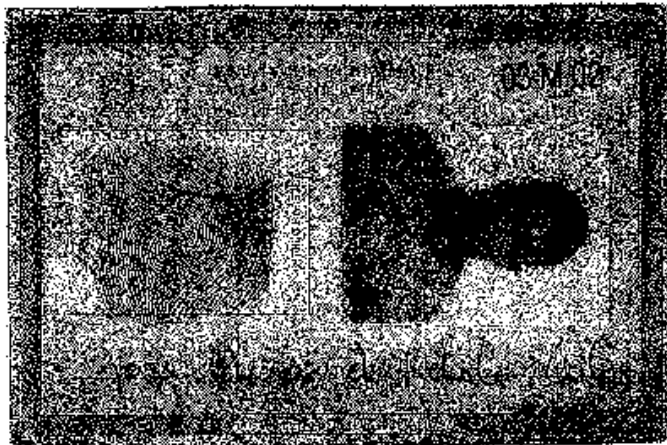
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Sos+ Azevedo Registro: 66632  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
	S
	19.11.19
	H.O: FA EXATOS DE OFFER DA ANUS (E)
	A FREQUENTE DE ACCES M ANUS (E)
	19.10 - PPG
	27.10 - TIM BILATERAL
	Dificuldade de evacuar sem
	dor. Retorção do A
	SINTOMA DE DEPENDÊNCIA
	NÃO INICIAM NÍVEL TÁXIA
	MOTORA.
	fo. Res. com APERTE
	S. / Inerte.
	CO. Retorção em 15 dias x 12
	PULSAR PONTA P.
	DEBILIDADE COM MÚLTIPLOS
	LADOS.
	P.S.
	Cirurgião







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**

Digito Verificador: **00**

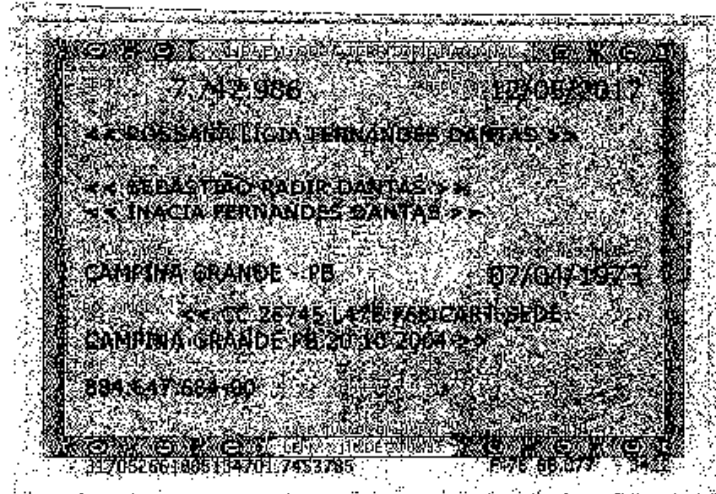
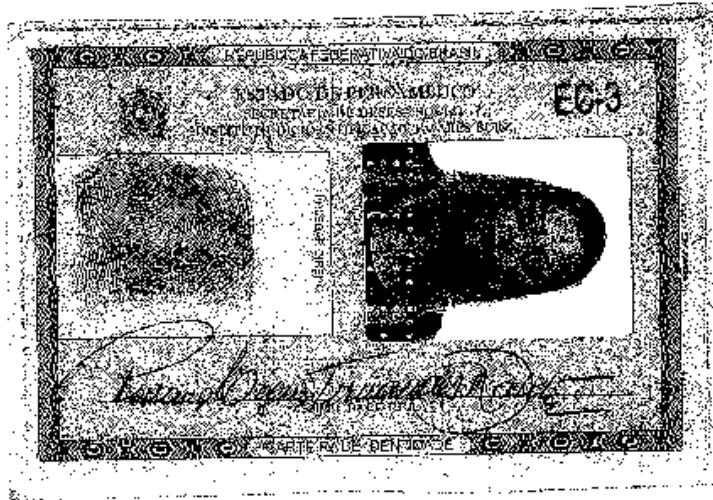
Comprovante emitido às: **10:23:43** do dia **10/01/2020** (hora e data de Brasília).

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



[tps://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica...](https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica...) 10/01/2020





## 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), DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFICIT 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:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEFICIT 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
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 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: VÍTIMA NÃO 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), DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MÉDIO. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MÉDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).**
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**LIMITAÇÃO DE GRAU MÉDIO 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |  |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo   | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

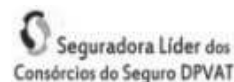
Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

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

  
LEONARDO NEVES  
Médico  
CRM/PE 17742



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020787/20

**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**CPF:** 098.492.524-48

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

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

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

**CPF de:** Próprio

### 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

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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), DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFICIT 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:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEFICIT 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
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



## 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 OSTEOSÍNTESE 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 INTENSA 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 OSTEOSSÍNTESE 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 INTENSA 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>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: SERVENTE  
Identidade: 8.654.561-503/PE CPF: 092.492.524-48  
Endereço: RUA SÍTIO JAGUARIBO Nº 29 JAGUARIBO  
ABREU 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 outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Abreu e Lima/PE, EM 10/11/2020  
Local e data

JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

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

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

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

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

**CPF de:** Próprio

### 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

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

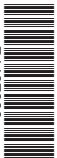
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15383408

Pag. 01543/01544 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020772





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





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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: 098.492.524-48 4 - Nome completo da vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

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

5 - Nome completo: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO 6 - CPF: 098.492.524-48  
7 - Profissão: SERVANTE 8 - Endereço: Sítio Jaguaribe 9 - Número: 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: Jaguaribe 12 - Cidade: DIBROW e LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.500-000  
15 - E-mail: gallmaga@hotmail.com (81) 99944 1109 (81) 3338 0069

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ 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: 3122 CONTA: 0012542 7 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob pena de falsidade, que estou impossibilitado de apresentar laudo médico legalizado para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que, tendo em vista as condições:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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 de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Casado com companheira

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou de seu representante legal

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

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

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPD 001 V002/2019









572028

0020787/10

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 27ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABRÉU E LIMA - DP27CIRC DMI/SESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1980117004096

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/12/2019 às 06:20

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpa (Consumado)** que aconteceu no dia 18/10/2019 às 22:20

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BRASIL, 04 - Bairro: CENTRO - ABRÉU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Data de Nascimento: 18/10/1982; Nacionalidade: BRASILEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL.  
Endereço Residencial: BAIRRO DE CASTELHOS (BAIRRO), 315, RUA CORDEIRO DA PRATA - CEP: 55000-000 - Bairro: CASTELHOS II - ABRÉU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO.  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO; Objeto apreendido: NÃO  
Quantidade: QUANTIDADE NÃO INFORMADA;

BICICLETA (BRINQUEDOS / JOGOS) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO.  
Categoria/Marca/Modelo: BICICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO; Objeto apreendido: NÃO  
Quantidade: QUANTIDADE NÃO INFORMADA;

#### Complemento / Observação

Re://C:\Users\Policia Civil\Public\BOE\Pre\aut\...



DECLARA O SR JOSE ALEXANDRE QUE ESTAVA QUANDO SUA BICICLETA PELA BR 101 QUANDO UM ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO QUANDO UM VEICULO TAMBEM NÃO IDENTIFICADO VIROU EM ALTA VELOCIDADE BATE NELE E DESPRENDENDO E TENTANDO SER PRESTAR SOCORRO SENDO ELE SOCORRIDO PELOS MORADORES PARA O HOSPITAL NEQUEL ATRAS, DIANTE EXPOSTO REGISTRA ESTE B.O.

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

*Jose Alexandre da Conceição*

JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
(VITIMA)

*Ad. Fróis*

B.O. registrado por: ALBERTO DEANEZIO ANDRE DA SILVA - Matrícula: 282.957-0





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

**CERTIDÃO**

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

Com fulcro 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 vítima(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 SILVA VEIRA, 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



# 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



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

**COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO**  
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
 RECIFE, PERNAMBUCO.  
 CEP 50050-902  
 CNPJ 10.835.932/0001-08  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de  
 COMERCIAL 118 | PRONTI  
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :  
 Ouvidoria 0800 :  
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de  
 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone  
 Agência Nacional de Energia Elétrica  
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos

<b>DADOS DO CLIENTE</b> JOSEFA MARIA DA SILVA CPF: 889.562.364-53	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>16/01/2020</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 09/01/2020	<b>CONTA CONTRATO</b> 001287445012
	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>144,61</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 09/01/2020	<b>Nº DO CLIENTE</b> 2000728412
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA SITO JAGUARIBE 29  JAGUARIBE/ABREU E LIMA 53500-000 ABREU E LIMA PE	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 091760224	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0000063374
	<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>D3B5.4A8E.963E.BA57.A97F.5C8E4F26.5555</b>		

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

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	164,00	0,42656182	69,89
Consumo Ativo(kWh)-TE	154,00	0,36876625	55,24
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,94
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,94
Multa por atraso-NF 088172948 - 13/12/19			1,58
Juros por atraso-NF 088172948 - 13/12/19			0,07
Atualização IGPM-NF 088172948 - 13/12/19			0,15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DVS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003181823319	CAT	12/12/2019	215,00	09/01/2020	389,00	28	1,00000	0,00	164,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META MENSAL	MT TRI
nov/2019				
DIC- No de horas sem energia	CRUZ DEBUQUAS	0,76	10,44	32,02
FIC- No de vezes sem energia		2,00	7,89	15,41
DVIC- Duração máxima da interrupção contínua		0,39	6,86	0,00
DVCB- Duração da interrupção em bloco				
Limite DVIC: 15,8				
FUSD- Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,26				
Nota: O consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DVIC e DVCB e a suspensão				

<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b> Pague no ponto mais perto de você: ag correios acalutiva: avenida duque de caxias centro / copiladora digital: av duque de caxias nr 942 Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> . O cliente é compensado quando há 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 próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	<b>NÍVEIS DE TENSÃO</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO								
	MÍNIMO	MÁXIMO							
220	202								



ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00031 - LOJA-S - CENTRO  
ABREU E LIMA PE 55520-170

DADOS DO CLIENTE  
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 00000000000000000000000000000000  
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 55520-170  
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO AGUA	QUANTIDADE DE AGUA	RESIDUAL	QUANTIDADE DE AGUA	QUANTIDADE DE AGUA
LIGADO	POTENCIA			PUBLICA
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	DATA LEIT. ATUAL	MEDIA HD
4275224252	29/11/2019	30/12/2019		

AGUA:  
LEIT. ANT: 4 CONSUMO: 1  
LEIT. ATJ: 4  
LEIT. FAT: 4 HD PARADO

**HISTORICO DE CONSUMO**

REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
11/2019	01	TURBIDEZ	48	48	48	48
12/2019	01	COR APARENTE	48	48	48	48
01/2020	01	COLOR RESIDUAL	48	48	48	48
02/2020	01	COLOR. TOTAIS	48	48	48	48
03/2020	01	E. COLI	48	48	48	48
MEDIA:	01					

Qualidade de Agua: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)  
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	0 M3	04,84
CORTE 11/2019		9,02
RELIÇÃO 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		2,19
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019		2,01

PO	108,92	1,65	1,80
TOTAL	108,92	2,60	8,28

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

MENSAGEM  
PROBLEMA COM A REGISTRAÇÃO DO AGUA? AGORA É AGORA!  
011-3221-3507/0446



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

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.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 LIDER-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 <b>ABREU E LIMA</b>	Estado <b>PE</b>
CEP <b>53520170</b>		
Telefone Comercial (DDD) <b>(81) 3538.0069</b>		Telefone celular (DDD) <b>(81) 98721.5834</b>
Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>		

**Abreu e Lima/PE 14 de Janeiro de 2020**

**Rossana Lígia Fernandes Dantas**  
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
71202765	18/11/2020 11:29	<a href="#">ANEXO 4</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

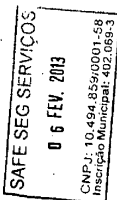
---

---

Nr. da Autenticação EB713E5C469962AF



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



EU JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

PORTADOR DO RG 8.654.561 E CPF 098.991.524-48

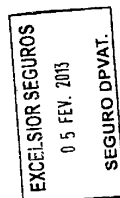
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO ENDEREÇO ABAIXO

CITADO:

RUA/V: CO DA PARRA  
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA  
100440

Nº 515-A BAIRRO CAETES II CIDADE ABRIL E CIMA

UF: PE CEP: 51500-000  
OEP: 53520-100



RECIFE: 05 / 02 / 2013

\* Jose Alexandre da Conceição  
(Assinatura)

Fone: (84) 8799-9443



EXCELSIOR SEGUROS  
05 FEB. 2013  
SEGURO DPVAT.

# A 24 HORAS - IGARASSU

Formulário de Classificação de Risco - Protocolo UPA IGARASSU - (SUS)

08/12/2012 22:53

Nome Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 17/01/1982

Sexo: Masculino

Idade: 30

Senha: 0291

Convênio:

Atendimento:

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

\*1004031\*

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

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

Queixa Principal:

DOR EM MID

Observação:

ACIDENTE DE MOTO. 8V

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

Recursos Utilizados:

Intervenções Salva

Ida:

Situações de Alto

Risco:

Alergias Atuais do Paciente

Paciente não possui alergia

SAFE SEG SERVIÇOS

06 FEV. 2013

CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2013

SEGURO DPVAT.

Acolhido(a) por: MARIA AMELIA CALADO

Data: 08/12/2012 22:53

Tema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



CENTRO DIAGNÓSTICO DE PERNAMBUCO

RECEITUÁRIO

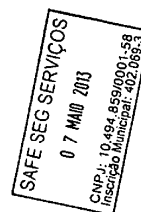
Declaro para devido fim que o paciente José Alexandre da Senção, vítima de acidente de trânsito dia 08/12/2012, foi acometido por fratura do membro D sem lesão ligamentar (LCA), parietal por fratura fragmentar da borda lateral da escala parietal sem lesão ligamentar (LCA). O paciente evoluiu sem sequelas permanentes. HTP, sem dor durante o movimento articular, tendo redução de 80% na amplitude de movimento. HTP. O paciente encontra-se em alta definitiva.

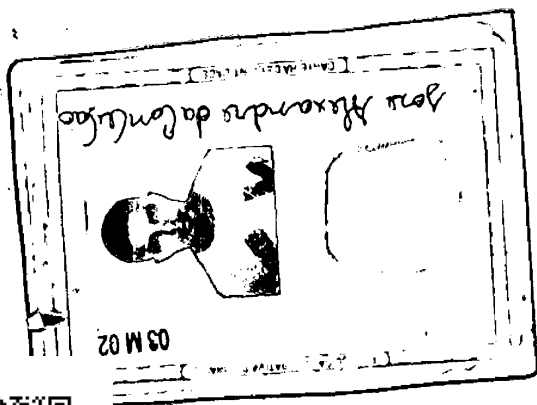
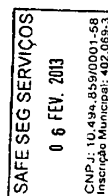
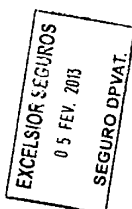
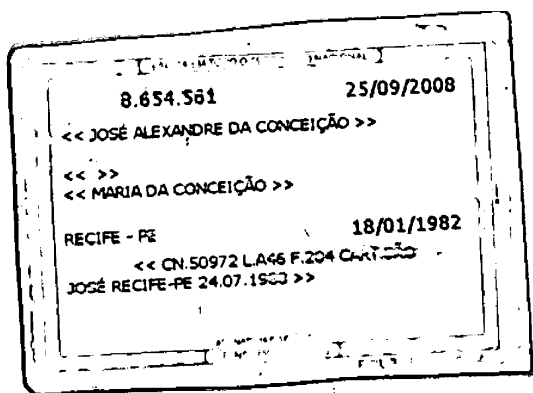
Dr. Sérgio Targino  
Cristiano  
CRM 4938

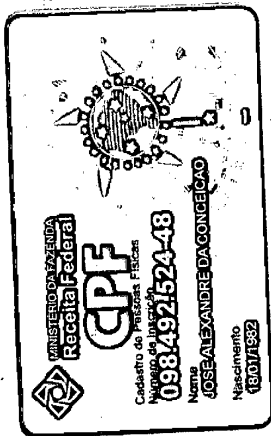
25/04/2013

(Assinatura Eletrônica)

Av. Armando Moura, 544 - Ponta Larga - Jaboatão - PE - Fones: (81) 3342.9381 / 3061.2330  
Av. Copacabana, 4260 - Piedade - Jaboatão - PE - Fones: (81) 3468.8336 / 3468.4242  
Av. Jean Emile Favre, 1310 - Ipsepe - Recife - PE - Fones: (81) 3037.5880 / 3473.0702  
Av. Caxangá, 3389 - Ipuanga - Recife - PE - Fones: (81) 3463.4436 / 3453.4783  
Av. Dr. José A. Moreira, 975 - Casa Calada - Olinda - PE - Fones: (81) 3432.1059 / 3053.1917  
Av. Heli Pereira da Costa, 542 - Centro - Cabo - PE - Fones: (81) 3518.3076 / 3521.0570  
Rua João Pessoa, 110 - Gravata - PE - Fone: (81) 3533.6874







SAFE SEC SERVIÇOS  
06 FEV. 2013  
CNPJ: 10.454.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.089-3

EXCELSIOR SEGUROS  
05 FEV. 2013  
SEGURO DPVAT.





<b>BRASIL - REPÚBLICA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADANES</b>		<b>PE Nº 8776718377</b> <b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b> <b>JERONIMO GOMES BARBOSA</b>	
RAN - PE Nº 8776718377 TIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO COD RENAVAM 258883006 ENTR 2011		ABREU E LIMA - PE 895.422.154-87 PFJ7659	
JERONIMO GOMES BARBOSA		BILHETE DE SEGURO DPVAT PENº 8776718377 2011 03/03/11	
ABREU E LIMA - PE 895.422.154-87 PFJ7659		JERONIMO GOMES BARBOSA	
AS /MOTOCICLETA/		ABREU E LIMA - PE	
IONDA/POP100		1 895.422.154-87 PFJ7659	
P/97CL		258883006 HONDA/POP100	
TPVA 2011 QUITADO		2010 109 9C2HB0210ARS44160	
REGURO PAGO		SEGURO PAGO	
L. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA		Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	
ABREU E LIMA - PE		CNPJ: 09.248.603/0001-04	

1004032



001

EXCELSOR SEGUROS  
05 FEVEREIRO 2011  
SEGURO DPVAT

SAFE SEG SERVIÇOS  
06 FEV. 2013  
CNPJ: 10.454.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.069.3



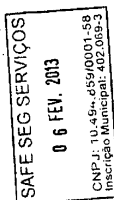
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO, portador da carteira de identidade nº 8.654.561 e inscrito no CPF/IML sob o nº 098.491.504-48 residente e domiciliado na CO DA PRAIA N. 515-A Cidade SAETES II-ABRIL/ESTADO PE declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há 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 à 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.

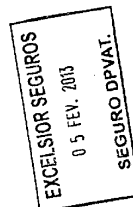


X José Alexandre da Conceição

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Abreu e Lima, 04/02/13

Local e data



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

-SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT-

Nº DO SINISTRO 2013/095387 (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados da beneficiária 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 COSTA, PORTADORA DO RG Nº 8.654.561 EXPEDIDO POR SEU-PE EM 25/09/08 CPF/CNPJ Nº 098.492.524-98 PROFISSÃO SENHOR DE  
E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIA DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO OU  
REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
AUTORIZO A SEGURADORA A EFETUAR O PAGAMENTO DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO 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 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_  
Nº CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_  
**EXCELSIOR SEGUROS**  
05 FEV. 2013

( ) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**  
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_  
**SEGURO DPVAT.**

( ) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**  
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_  
**SAFE SEG SERVIÇOS**  
05 FEV. 2013

( ) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA I**  
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO  
10040357  
CNPJ: 16.248.082/0001-20  
Inscrição Municipal: 402.059-3

(X) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**  
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 3132  
Nº CONTA POUPANÇA 0003542-7

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 DESCRITAS, 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 Costa

**ATENÇÃO:**  
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos 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 6154/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o tipo de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).  
- Para acompanhar o andamento do pedido de 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 390/08, 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 de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA  
CONTA POUPANCA FACIL

21/12/2012 14:03:15  
CONVENIO: 000275906  
OPERADOR: 10027550

AGENCIA: 3122 CONTA: 043.00012542-7  
NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
CPF: 030.492.524-48

COD. OPERACAO: 356100053

OPERACAO REALIZADA COM  
SUCESSO.

CAIXA AQUI  
E A CAIXA EM TODO O BRASIL

DISQUE CAIXA - 0800 726 0101  
OUVIDORIA - 0800 725 7474

SAFE SEG SERVIÇOS

06 FEV. 2013

CNPJ: 10.494.035/0001-58  
Inscrição Municipal: 102.069-3

EXCELSIOR SEGUROS

05 FEV. 2013

SEGURO DPVAT.

Ag. 11 conta 01  
312201300125427

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu

Cartão magnético de Poupança.

Senha: 1982

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-725 7474 0800-726 2492

Reclamações,  
Ouvidoria  
Atendimento e assistência  
com deficiência auditiva

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 027A. CIRCUNSCRICAO - ABREU E LIMA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 13E0117000484

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

Número do BO que este com plei ente: 13E0117000079  
ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (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 ALGODÃO NATALIA - Bairro: CAETES II - Município: ABREU E LIMA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA - Fim: NAO INFORMADO

EXCELSIOR SEGUROS  
05 FEV. 2013  
SEGURO DPVAT.

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR LAGENTE)  
JERONIMO GOMES BARBOSA (OUTRO)  
JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (VITIMA)

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

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

(AUTOR \ AGENTE) - ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Nacionalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

(VITIMA) - JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: MARIA DA CONCEICAO - Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: 16/11/1982; Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

Documento: 6554561559/PE (RG), 09049252448 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO (A); Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO;

Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: 87057159

Endereço Residencial: BAIRRO DE CAETES II (BAIRRO), 615, RUA CORRÊGO DA PRATA - 65000-000, CAETES II, ABREU E LIMA, PERNAMBUCO, BRASIL

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

(OUTRO) - JERONIMO GOMES BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Nacionalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

SAFE SEG SERVIÇOS

05 FEV. 2013

CNPJ: 10.490.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.069-33

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



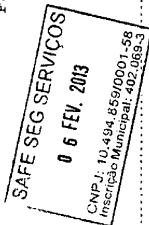
\*1004026\*



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOP

Page 2 of 2

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO



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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEIL / GM / CLASSIC - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO  
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unidade: (MOEDA NÃO INFORMADA)

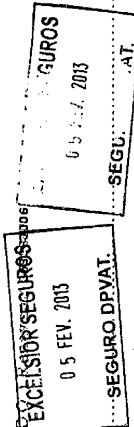
Placa: KER2714 ( PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO )

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JERONIMO GOMES BARBOSA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
Categoria/Marca/Modelo: MICROONIBUS / VW / NÃO INFORMADO - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO  
Cor: LARANJA - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unidade: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: PFJ7059 ( PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO )

Ano Fabricação/Ano de uso: 2010 / 2010 Combustível: GASOLINA

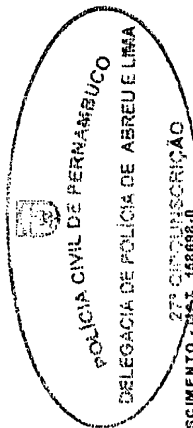
Complemento / Observação



A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL CITADOS, ESTAVA PROTAGONIZANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA EM FRENTE A FRENTE QUE O MESMO TRABALHA, QUANDO PERREPEnte UM VEICULO DE PLACAS ACIMA ANOTADAS COLIDIU COM A VITIMA, QUE APÓS O ACIDENTE A VITIMA FOM SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA DE CRUZ DE RESOLVAS IGARASSU - PE, CASO AFETO A DELEGACIA DE ABREU E LIMA - PE.

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

*José Alexandre da Conceição*  
JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
(VITIMA)



B.O. registrado pelo policial: ANTONIO HERCULES F DO NASCIMENTO - MAT-158682-0

## **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?

( x ) 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 ( x ) Não

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Exames Complementares ( ) Sim ( x ) 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.

---

---

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

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

instabilidade grave do joelho direito por lesão de lca 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 ☒ )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 abaixo 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 susceptível(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 medico se pode documentar:

☐ ) Total

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

☒ ) 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).

☒ ) 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 medico 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

2013/095387

(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 CONCEIÇÃO, PORTADORIA DO RG Nº 8.654.561 EXPEDIDO POR SUS-RE EM 25/09/08 CPF/CNPJ Nº 698.492.524-48, PROFISSÃO SEQUESTRADO  
E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT/CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA: \_\_\_\_\_ A EFETUAR O

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

**SEGURO DPVAT.**

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

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

**SAFE SEG SERVIÇOS**

06 FEV. 2013

CNPJ: 10.494.859/0001-08  
Inscrição Municipal: 402.069-3

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA  
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

IR)

(X) 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 DESCRITAS, 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 Conceição

**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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6154/74) 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.



GOV. ECON. FED. 40

100

100

100

DECRETO 3172

100

100

DECRETO 3172

100

100

100

100

100

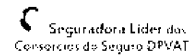
100

100

100



## 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

**Valoração 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

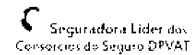
**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

**Valor avaliado:** 2.531,25

## 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

<b>Diagnóstico:</b>	Traumatismo em joelho direito com lesão ligamentar, com lesão de LCA e ligamento colateral medial
<b>Descrição do exame médico pericial:</b>	Instabilidade grave do joelho direito - com testes de instabilidade positivos
<b>Resultados terapêuticos:</b>	Tratamento conservador.
<b>Sequelas permanentes:</b>	Comprometimento parcial aos movimentos do joelho direito.
<b>Sequelas :</b>	Com sequela
<b>Data da perícia:</b>	27/05/2013
<b>Conduta mantida:</b>	
<b>Observações:</b>	
<b>Valor pleiteado:</b>	3.375,00
<b>Médico avaliador:</b>	GALDINO LEONARDO
<b>UF do CRM do médico:</b>	PE

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 2.531,25





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
71202770	18/11/2020 11:29	<a href="#">2º DISTRIBUIDOR</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