



Número: **0000958-13.2019.8.17.3480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Timbaúba**

Última distribuição : **06/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63401615	12/06/2020 10:05	2725084_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TIMBAUBA/PE

Processo: 00009581320198173480

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 06/07/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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



DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **05/05/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).**

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

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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



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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

⁸ art. 1º. (...)

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



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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TIMBAUBA, 1 de junho de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

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

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

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **TIMBAUBA**, nos autos do Processo nº 00009581320198173480.

Rio de Janeiro, 1 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0000958-13.2019.8.17.3480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Timbaúba**

Última distribuição : **06/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

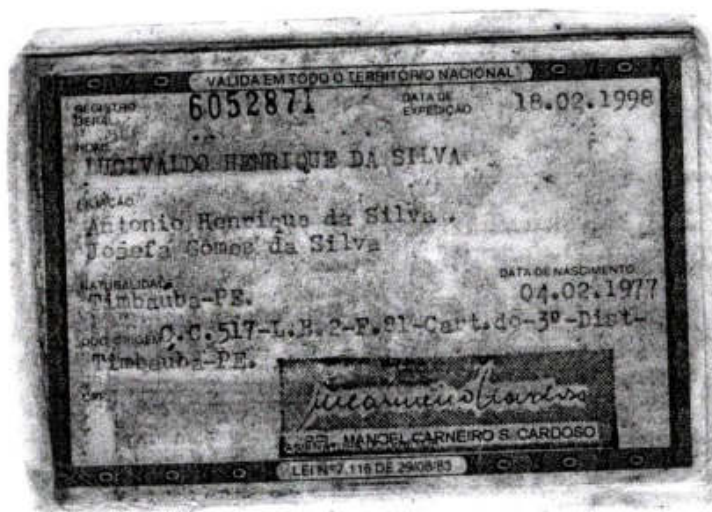
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63401616	12/06/2020 10:05	ANEXO 1	Outros (Documento)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014488077028
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 746695020 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME

LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

ALIANÇA-PE

CPF / CNPJ 052.615.084-01

PLACA KIF7824

PLACA ANT / UF ***** PE

CHASSI 9C2JC30101R017108

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. 2000 ANO MOD. 2001

CAP / POT / CIL 2P/124CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

VENC. / COTAS 1ª *****

FAIXA IPVA *****

PARCELAMENTO / COTAS *****

2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11

IOF (R\$) 0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58

DATA DE PAGAMENTO 01/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ALIANÇA

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014488077028 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA 55890-0

ALIANÇA-PE

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

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

VIA 1 CPF / CNPJ 052.615.084-01 PLACA KIF7824

RENAVAM 746695020

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. 2000

CAT. TUB. 09

CHASSI 9C2JC30101R017108

ANO FAB. 2000

CAT. TUB. 09

CHASSI 9C2JC30101R017108

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05

DENATRAM (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 01/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190467869

Nome do(a) Examinado(a): LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): zona rural eg aninga, 41 - Timbaúba/PE - CEP 55870-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 752871 - SSP - PE

Data e Local do Acidente : 05/05/2019 - TIMBAÚBA PE

Data e Local do Exame : 19/08/2019 RODOVIA PE - 75 KM 2,2 , S/N - GOIANA/PE - CEP 55900-000

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA FÍBULA PROXIMAL EM JOELHO DIREITO

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 05/05/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA FÍBULA PROXIMAL EM JOELHO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO INGUINO MALEOLAR POR 50 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERA DA FÍBULA PROXIMAL DO JOELHO, EDEMA (2+/4+), DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO ACIMA DE 90°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não



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

DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERA DA FÍBULA PROXIMAL DO JOELHO
EDEMA
DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO ACIMA DE 90°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I
CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO
DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO
AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA.

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

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

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

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

Região Corporal

JOELHO DIREITO

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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



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



TIAGO MARTINS FORMIGA CRM : 8085 / UF :PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467869 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA PROXIMAL EM JOELHO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERA DA FÍBULA PROXIMAL DO JOELHO, EDEMA (2+/4+), DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO ACIMA DE 90°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO INGUINO MALEOLAR POR 50 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 50 % DO JOELHO ESQUERDO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE NOVA INDENIZAÇÃO. COMO FOI ESGOTADO A LATERALIDADE DO SEGMENTO NO SISTEMA, OPTADO POR COLOCAR O DANO EM OUTRO SEGMENTO COM MESMA VALORAÇÃO DEFERIDA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467869 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA PROXIMAL EM JOELHO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERA DA FÍBULA PROXIMAL DO JOELHO, EDEMA (2+/4+), DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO ACIMA DE 90°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO INGUINO MALEOLAR POR 50 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 50 % DO JOELHO ESQUERDO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE NOVA INDENIZAÇÃO. COMO FOI ESGOTADO A LATERALIDADE DO SEGMENTO NO SISTEMA, OPTADO POR COLOCAR O DANO EM OUTRO SEGMENTO COM MESMA VALORAÇÃO DEFERIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467869 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P5).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467869 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P5).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269330/19

Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

CPF: 052.615.084-01

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA : 052.615.084-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/08/2019
Nome: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA
CPF: 052.615.084-01

LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





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

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467869

Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

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 14677953





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

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467869

Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

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. 00107/00108 - carta_02 - INVALIDEZ

00060054



Carta nº 14711423





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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467869

Vítima: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 000001014-7

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.

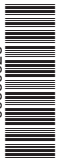
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00655/00656 - carta_30 - INVALIDEZ

00330328



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	05263508403	Lucivaldo Henrique da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP: Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Lucivaldo Henrique da Silva		05263508403
Profissão:	Endereço:	Número:
	Zona Rural (EG Arimangá)	43
Complemento:	Cidade:	CEP:
	Curitiba	56870-000
Bairro:	Estado:	Tel.(DDD):
Zona Rural (EG Arimangá)	PR	
E-mail:		

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0877	CONTA: 3034	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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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 da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (val nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório	Local e Data, <u>Trilândia 05-08-2019</u>	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
		Assinatura _____
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 059ª CIRCUNSCRIÇÃO - FERREIROS -
DP59ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0149000312**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/07/2019** às
08:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **6/6/2019** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1, ENGENHO
NINGÁ ZONARURAL - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **ENGENHO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
LUCINALDO HENRIQUE DASILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **LUCINALDO HENRIQUE DASILVA**

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

LUCINALDO HENRIQUE DASILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:
JOSEFA GOMES DA SILVA Pai: **ANTONIO HENRIQUE DA SILVA** Data de Nascimento:
4/2/1977 Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9952871/SSP/PE**
(RG): **95261508401** (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO**
Profissão: **MOTORISTA**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1, ENGENHO NINGÁ - ZONA RURAL -**
CEP: 5 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO**
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade:
DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCINALDO HENRIQUE**
DASILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCINALDO HENRIQUE DASILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN MS** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

06/07/2019 08:47



Placa: **KIF7624** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **746695020** Chassi: **9C2J03D191R017195**
Ano Fabricação/Modelo: **2000/2001** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE SEGUIA EM DIREÇÃO A SUA RESIDENCIA, POR UMA ESTRADA E TERRA PLANAGEM, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO, ONDE VEIO A COLIDIR, TENDO PERDO O EQUILIBRIO, CAINDO NO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA LOCAL ONDE SOFREU UM TRAUMA.

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

LUCINALDO HENRIQUE DASILVA x
(VITIMA)

Condutor da ocorrência:

Nome: **VALDEMAR FRANCISCO DA SILVA**

Cargo: **COMISSÁRIO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **130339-2** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **DELEGACIA DE POLICIA DA 659ª**

CIRCUNSCRIÇÃO FERREIROS - DR 19ª CIRC DINTER 1/11ª DESEC

B.O. registrado por: **VALDEMAR FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **130339-2**

Exato Placa:

abz

06/07/2019 08:47





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	05263508403	Lucivaldo Henrique da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Lucivaldo Henrique da Silva	05263508403	
Profissão:	Endereço:	Número:
	Zona Rural (EG Arinzeu)	43
Bairro:	Cidade:	Estado:
Zona Rural (EG Arinzeu)	Lucivaldo	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	56370-000	

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0877 ☐ CONTA: 3034 ☐ 7	AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não é obrigatório

Local e Data: Tirolândia 05-08-2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucivaldo Henrique da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 05/19

HORA: 09:30

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

40

Nome: Bucivaldo Henrique da Silva

Cartão SUS: 709 2092 35059882 Sexo: M Data Nasc: 09/02/77 Idade: 42

Nome da mãe: Josefa Gomes da Silva

Logradouro: Rua Amendoim Nº: 1

Complemento: sem Bairro/Localidade: Zona rural

Município: Limoeiro UF: PE Telefone: () NI

Rubrica do Colaborador: [assinatura]

2- ANAMNESE:

PA: 120/80 FC: 70 PA: 120/80 F.R.: 16 Glasgow: 15 SatO2: 98 HGT: 170

4- EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ Laboratório ☒ Radiológico ☐ ECG ☐ Outros

Hipótese Diagnóstica: Cefaleia

Condução: ☒ Medicação ☐ Observação ☐ Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora 1/1 às 10:00 h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) Voltaren 75 mg 2x1 - 1 dia

2) Diclofenaco 75 mg 2x1 - 1 dia

Dr. Ricardo Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024



15:41

by d julia (1)

Então - F. de (1) Cópia +
F. de

(1) : Transm. 504 file

AD Hosp. REGIONAL Limão -
outubro
Júlio - 56 + 7 124

Dr. Rielto Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024



FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE (X) AMARELO () VERMELHO ()

NOME: Leuaneide Henrique da Silva IDADE: 42
DATA: 05/05/19 HORA: 09:30 MUNICÍPIO: Timbaúba - PE

PA: _____ T: _____ FC: _____ SAT: _____ PESO: _____ HGT: _____

HAS ☒ DM ☒ ALERGIA MED ☒

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou > 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 10% ()
 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
 10- História de até 72h de:
 Melena () Hematêmese () Enterorragia () Epistax ()
 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()



III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como **VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal ()

2- Febre sem outros sinais clínicos ()

3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()

4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhoras ()

5- Internamento eletivo ()

6- Abscesso exceto face/ retroauricular () *etc: Dor e edema em*

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- **CLASSIFICAÇÃO AZUL**

1- Tosse crônica ou recorrente ()

MSD e MMII após

2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()

patida de rto.

3- Coriza crônica ou recorrente ()

4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()

5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()

6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()

7- Dor abdominal crônica ()

8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

ENCAMINHADO:

ORIENTOU:

SIOA
Shirley Dinoa
Enfermeira
COREN 426.210

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL



UPA24h



TIMBAÚBA
GOVERNO MUNICIPAL
LUGAR SEMPRE MAIS FELIZ

HTRI
Hospital do
Tricentenário

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp. REGIÃO LIMOEIRO - OUTORA

Paciente: Cícilda Henrique da Silva

Idade: 92 anos

Senha: 567 + 724

Anamnese: Colica motocicleta - motocicleta

há 3 horas. + trauma anterior em

perna (D). Alga. Dor mais de Várito.

Exame Físico: (D) - dor - Perna (D)

uso de Perna (D): Fratura - Fibula (D)

Hipótese Diagnosticada Fratura Completa +

fratura na tíbia proximal Fibula (D)

Medicamentos/Procedimentos Realizados:

Dipirona + Voltaren

Equipe de Transferência:

Médico Dr. Rildo Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024

Data: 05/05/19

Br 408 Km 29- Loteamento Araruama
Cep: 55870-000 Timbaúba-PE Tel: 3631-0443



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: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIVALDO HENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000001014-7

Nr. da Autenticação 5B140F2832BFD2BA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lucivaldo Henrique da Silva

RG nº 6052873, data de expedição 18/02/98, Órgão SSP-PE,

CPF nº 06261608403, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Zona Rural (F. G. Amimanga)</u>
Número	<u>42</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>E. G. Amimanga</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55270-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99540-1444</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbaúba, 05-08-2019

Assinatura do Declarante: Lucivaldo Henrique da Silva



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 05/19

HORA: 09:30

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 40

Nome: Susivaldo Henrique da Silva

Cartão SUS: 709 2092 35059882 Sexo: M Data Nasc: 09/02/77 Idade: 42

Nome da mãe: Josefa Gomes da Silva

Logradouro: Rua Amendoim Nº

Complemento: Bairro/Localidade: Zona Rural

Município: Embaé UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

2- ANAMNESE:

PA: 120/80 mmHg F.C: 70 bpm PA: 120/80 mmHg F.R: 18 rpm Glasgow: 15 SatO2: 98% HGT: 180 cm

3- SSVV: T: 36.5°C F.C: 70 bpm PA: 120/80 mmHg F.R: 18 rpm Glasgow: 15 SatO2: 98% HGT: 180 cm

4- EXAMES COMPLEMENTARES: (x) Laboratório (x) Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: Cefaleia, náusea, vômito

Condução: (x) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora: 05/19 às 10:00 h. Alta referido para UBS ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. Voltaren 75 mg 2x1 - 5 dias
2. Diclofenaco 50 mg 1x1 - 5 dias

Dr. Ricardo Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024



15:41

by d julia (1)

Então - F-100 (1) Comput +
F-100

(1) : Francisco... 504 file

AD Hosp REGIONAL Limão -
outubro
Júlio - 56 + 7 124

Dr. Rielto Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024



FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE (X) AMARELO () VERMELHO ()

NOME: Leuaneide Henrique da Silva IDADE: 42
DATA: 05/05/19 HORA: 09:30 MUNICÍPIO: Timbaúba - PE

PA: _____ T: _____ FC: _____ SAT: _____ PESO: _____ HGT: _____

HAS ☒ DM ☒ ALERGIA MED ☐

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou > 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 10% ()
 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
 10- História de até 72h de:
 Melena () Hematêmese () Enterorragia () Epistax ()
 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()



III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como **VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal ()

2- Febre sem outros sinais clínicos ()

3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()

4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhoras ()

5- Internamento eletivo ()

6- Abscesso exceto face/ retroauricular () *etc: Dor e edema em*

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- **CLASSIFICAÇÃO AZUL**

1- Tosse crônica ou recorrente ()

MSD e MMII após

2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()

patida de rito.

3- Coriza crônica ou recorrente ()

4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()

5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()

6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()

7- Dor abdominal crônica ()

8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

ENCAMINHADO:

ORIENTOU:

SIOA
Shirley Dinoa
Enfermeira
COREN 426.210

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL



UPA24h



TIMBAÚBA
GOVERNO MUNICIPAL
LUGAR SEMPRE MAIS FELIZ

HTRI
Hospital do
Tricentenário

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp. REGIONAL Limoeiro - outorco

Paciente: Crisicleide Henrique da Silva

Idade: 42 anos

Senha: 567 + 724

Anamnese: Colica motocicleta - motocicleta

há + 3 horas. + trauma anterior em

perna (D). Alga. Dor mais de Vários.

Exame Físico: (D) dor - Perna (D)

uso de Perna (D): Fratura - Fibula (D)

Hipótese Diagnosticada Fratura Completa +

fibula - traq. proximal Fibula (D)

Medicamentos/Procedimentos Realizados:

Dipirona + Voltaren

Equipe de Transferência:

Médico Dr. Rinaldo Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024

Data: 05/05/19

Br 408 Km 29- Loteamento Araruama
Cep: 55870-000 Timbaúba-PE Tel: 3631-0443

