Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

25/06/2020

Número: **0019788-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **20/04/2020**
Valor da causa: **R$ 5.906,25**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA GORETE DA SILVA (AUTOR)	**RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63890797	25/06/2020 14:53	2729744_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

PROCESSO: 00197886520208172001

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 **e SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.,** com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **MARIA GORETE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **15/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 29/11/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 3.543,75 (três mil e quinhentos 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.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], 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/2015[2].

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, CPC[3].

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

---

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 3.543,75 (três mil e quinhentos 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, discorrendo 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 3.543,75 (três mil e quinhentos 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 **15/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 3.543,75 (três mil e quinhentos 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 parciais[4].

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 STJ[5].

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

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

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

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

> Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e
>
> Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 3.543,75 (TRÊS MIL E QUINHENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

---

[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 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."

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios[6], 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 citação[7.]

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 ação[8]

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.

---

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

CONCLUSÃO

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

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da 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 Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários 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 covênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de 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 esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA GORETE DA SILVA**, em curso perante **a 12ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00197886520208172001.

Rio de Janeiro, 19 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

25/06/2020

Número: **0019788-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **20/04/2020**
Valor da causa: **R$ 5.906,25**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA GORETE DA SILVA (AUTOR)	**RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63890798	25/06/2020 14:53	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5° quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**26,25 %**	**R$ 3.543,75**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 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**

Seguradora LÍDER

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190696798 Data da solicitação: 13/03/2020 (DD/MM/AA)

Nome do beneficiário: MARIA GORETE DA SILVA CPF do beneficiário: 393.317.558-56

Nome do solicitante: CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99663.0454 Tel. Comercial: ( ) Tel. Residencial: ( )

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: CARTA (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SANTA CECILIA/PB 13/03/2020
Local e Data

Maria Gorete da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:
Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5° quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**26,25 %**	**R$ 3.543,75**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019

CPF: 393.317.558-56 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

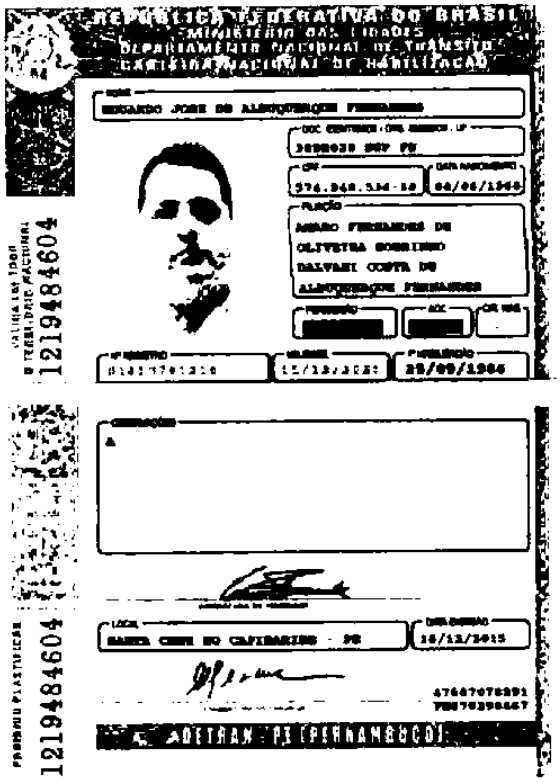
Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
[illegible] SDS PE

CPF
576.948.534-68

DATA NASCIMENTO
08/06/1948

FILIAÇÃO
MARIO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
DALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
-

Nº REGISTRO
[illegible]

VALIDADE
[illegible]

PRIMEIRA HABILITAÇÃO
28/09/1966

OBSERVAÇÕES
A

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

DATA EMISSÃO
16/12/2015

47647076291
[illegible]

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

FABRICADO PELA TECEN
1219484604

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

015100742139

CONTROLE

CONTROLE

RE Nº 015100742139 BILHETE DE SEGURO

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Maria Paula da Silva		Ortopedia	4	3

Data	Hora		Data	Hora	
26.02	T	Paciente evoluindo com melhora da dispnéia e ganho de força muscular no MMSS, mas ainda apresenta dor ao movimentar com fraqueza muscular. Ainda apresenta fraqueza no MTD, paresia de flexores no MTE e edema. Mobilizações articulares de MTD, mobilizações passivas de flexores no MTE, mobilizações articulares de MMSS. Treinamento de atividade e atividade de quadril no MTD. Manobras fisioterapêuticas respiratórias. Acadêmico Pós graduação da universidade Vinícius Figueiredo	26.02	T	Paciente evoluindo [illegible] dispnéia, fraqueza muscular no MTD, [illegible] Mobilizações articulares. Ganho funcional. Fortalecimento. Exercícios respiratórios. Mobilizações articulares MMSS. Mobilizações articulares MTE. Afebril

Sávia Fürstenberg Thomé
FISIOTERAPEUTA
CREFITO [illegible]

Jussara Caetano de Andrade
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 10281-F

CONTROLE CIRÚRGICO

MA

Rua Capitão José da Cruz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.295.089/000[illegible]-79

0886

Paciente: _____

Hospital: _____

Médico: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Procedimento: _____

Prontuário: _____ Convênio: _____

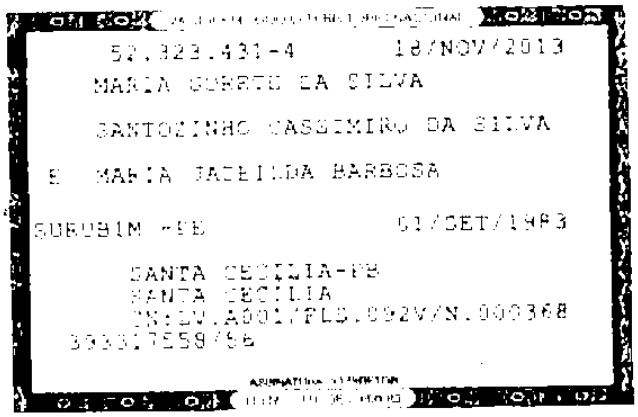
Instrumentadora(O): _____ Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
	Ex 4.5	
		Ex 4.5

Recife, _____ de _____ de20____

_____
Circulante

_____
Médico Responsável


52.323.431-4 18/NOV/2013
MARIA GORETE DA SILVA
SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA
E MARIA JACELINDA BARBOSA
SUBUBIM -PE 01/SET/1983
SANTA CECILIA-PB
SANTA CECILIA
CN:DV.A001/FLS.092V/N.000368
3333175598/96

Alcantil-PB

Alcantil-PB

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1944657 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - Campina Grande - PB CEP 58432-800 Data: 15/07/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Versão 1.0 Atendente: [illegible]

PACIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

CEP: [illegible] Nascimento: [illegible]

Endereço: JOSÉ MOURA

Sexo: Telefone:

Cidade: Campina Grande Bairro: [illegible]

Nome da Mãe: MARIA [illegible] BATISTA

RG: Nº:

Responsável: CPF: Profissão: AGRICULTORA

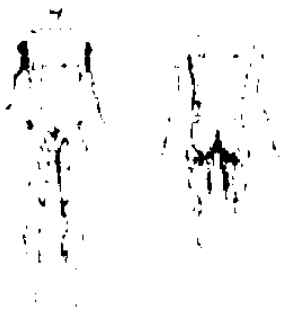
Estado Civil: Solteiro Escolaridade: [illegible]

Motivo: ACIDENTE DE MOTO [illegible] Convênio: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o numero correspondente ao lado)



OBS.

QUEIMADURA

Superfície corporal lesada = _____% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

ALERGIA

MEDICAMENTOS

PATOLOGIAS.

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) __ __

Glasgow ___ PA ___ HGT ___ Sat02 ___

EXAMES SOLICITADOS

( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia:

( )Gasometria arterial ( )Radiografias: ___

( )Tomografia Computadorizada ( ) __

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Especialista ___ / ___ às ___ Dia / /

Especialista / às Dia / /

MEDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	[illegible]	
2	[illegible]	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

[illegible] - PARECER MEDICO

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE [illegible] as [illegible] hs

[illegible]

[illegible]

Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

SUS Sistema Unico de Saude — Ministerio da Saude

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saude

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: MARIA GORETE DA SILVA — 6 - N° DO PRONTUÁRIO: 1944767

7 - CARTÃO DO SUS: 700607902385262 — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1983 — 9 - SEXO: Masc. [ ] Fem. [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA JADELDA BARBOSA — 11 - IDADE: 83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JOSE MOURA , 0 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Santa Cecilia — 14 - CÓDIGO IBGE: 251315 — 15 - UF: PB — 16 - CEP: 58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: — 21 - CID 10 PRINCIPAL: — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 03 — 28 - DOCUMENTO (TIPO): — 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/07/2019 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO — 36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - Nº DO BILHETE — 38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO — 39 - CNPJ DA EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - ÓRGÃO EMISSOR — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO (TIPO): CNS [ ] CPF [ ] — 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

Data da Internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

SUS — Sistema Unico de Saude — Ministerio da Saude

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: MARIA GORETE DA SILVA — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1944767

7 - CARTÃO DO SUS: 700607902385262 — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1983 — 9 - SEXO: MASC. [ ] FEM. [X]

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL: MARIA JADELDA BARBOSA — 11 - IDENTIFICAÇÃO DO ÓBITO: 83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JOSE MOURA , 0 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Santa Cecilia — 14 - CÓD. MUNICÍPIO IBGE: 251315 — 15 - UF: PB — 16 - CEP: 58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL — 21 - CID 10 PRINCIPAL — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

26 - CLÍNICA — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 03 — 28 - DOCUMENTO: CNES [ ] CPF [ ] — 29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/07/2019 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - [ ] ACIDENTE DE TRÂNSITO — 36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - Nº DO BILHETE — 38 - SÉRIE

34 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO — 39 - CNPJ EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBOR

35 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: [ ] EMPREGADO [ ] EMPREGADOR [ ] AUTÔNOMO [ ] DESEMPREGADO [ ] APOSENTADO [ ] NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - CÓD. TAGAO EXECUTOR — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO: CNES [ ] CPF [ ] — 47 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO — 49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

/ /

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE

GO LEITE CONVENIO IDADE REGISTRO GOVERNO DA PARAIBA

CIRURGIA CIRURGIÃO

ANESTESIA ANESTESIA

INSTRUMENTADORA DATA INICIO FIM

QTD MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

QTD FIOS CODIGO

QTD MEDICAÇÕES

QTD SOROS

QTD ORTESE E PROTESE

QTD MATERIAIS / SOLUÇÕES

EQUIPAMENTOS

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Francielle Garcia X. Condor
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 001223-TE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE ANESTESIA

Tissura Caetano de Andrade
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 10281-F

Saskia Furstenberg
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 46430-F

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: MARIA CORETT

Data da Cirurgia: **27/07/2019**

Cirurgião: Dr. ANDREA REGINO

1º Auxiliar: DR YARY

2º Auxiliar: DR ELDIMAN

Instrumentador: TIAGO

Anestesista: DR SOLOBRO

Anestesista: BLOQUEIO

Tipo de Cirurgia: REDUÇÃO + FIXAÇÃO

Diagnóstico Pós-operatório: CONFIRMADO

Material enviado ao Patologia: NÃO HOUVE

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Anestesia durante a cirurgia: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
04- REDUÇAO CRUENTA
05- [illegible]
06- LAVAGEM SFO 9% + SUTURA + CURATIVO
07- [illegible]

[illegible]

Nome do Paciente: MARIA GORETE

Data da Cirurgia: **27/07/2019**

CNS:

Cirurgião: DR SERGIPPO

Anestesia:

Relatório Imediato do Patologista: NÃO HOUVE

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MII
03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTERIS
04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR ESQ + DIVULSAO POR PLANOS
05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS
06- REDUÇAO FRATURA + FIXACAO COM PLACA 4,5MM 10F LARGA 13 FUROS
07- [illegible]
08- CURATIVOS

DR. [illegible]
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA GORETE DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019 Data da Alta:29/07/2019

Registro:1944767

Tempo de Permanência:-18093
Diagnóstico Inicial:0408050233

Diagnóstico Final:

Principais Exames:EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia:TRATAMENTO CIRURGICO FX DIAFISE FEMUR + FX MTC E
Data:27/07/2019

Equipe:
Cirurgião:ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES
Aux 1:ELDIMAN SOARES DE ARAUJO
Aux 2:YWRY DE PAIVA CAMARA
Aux 3:ANA MARIA DA SILVA ANSELMO
Aux 4:
Anestesista:MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA
Medicamentos:

Infecção F.O:NAO

Coleta de Material:NAO

Orientações:- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARELEX RETARD + DEOCIL SL + XARELTO. - ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO A FISIOTERAPIA. - FORNECO ATESTADO MEDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRENCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATORIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHACO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta::Melhorado

Data29/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS:LIBERACÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo

CELPE

14/10/2019

seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** (0xx11) 3221-7414 ou 0800 022 1204 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de regulação 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 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** deste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

Pelo exposto, eu [illegible] inscrito(a) no CPF [illegible] na qualidade de Procurador(a), Intermediário(a) ou de Beneficiário [illegible] inscrito(a) no CPF sob o nº [illegible] do DPVAT referente [illegible] inscrito(a) no CPF sob o nº [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão: _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatórios

X Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei, que [illegible] prova de residência junto à Seguradora Líder – DPVAT, reside 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.

_____ _____ _____

_____

Assinatura do Declarante

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI

UC (Unidade Consumidora): 6/1688293-8

Canal de contato

Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias

Demonstrativo

VENCIMENTO 18/09/2019

TOTAL A PAGAR R$ 96.28

Histórico de Consumo (kWh)

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V)

ATENÇÃO

Faturas em atraso

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

[illegible]	[illegible]	[illegible]

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

DADOS CADASTRAIS

[illegible]

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

[illegible]

Declaro, [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

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

☐ CONTA POUPANÇA [illegible] ☒ CONTA CORRENTE [illegible]

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ( ) ( ) CONTA: ( ) ( ) AGÊNCIA ( ) ( ) CONTA ( ) ( )

[illegible]

Autorizo [illegible]

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

INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, [illegible]

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência [illegible]
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza [illegible] DPVAT [illegible]
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência [illegible] superior a 90 (noventa) dias da data [illegible]

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima ☐ Solteiro ☐ Casado no civil ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se teve filhos, informar [illegible] 30 - Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se teve irmãos, informar [illegible] 33 - Vítima deixou ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34 [illegible]

35 - Nome [illegible]

36 - CPF [illegible]

37 - Assinatura de quem assinou a pedido a rogo

TESTEMUNHAS

38 - 38 - Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

39 - 39 - Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

[illegible]

40 - Assinatura do Representante Legal (se menor) 41 - Assinatura do Beneficiário (maior de idade) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Edição 01/2013

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

[illegible]	[illegible]	[illegible]

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

DADOS CADASTRAIS

[illegible]

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

[illegible]

Declaro, [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

30 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

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

☐ CONTA POUPANÇA [illegible] ☒ CONTA CORRENTE [illegible]

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( ) AGÊNCIA ( ) CONTA ( )

[illegible]

Autorizo [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Declaro, [illegible]

- 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 [illegible] do seguro DPVAT ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência [illegible] a 100 (cem) quilômetros, [illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima ☐ Solteiro ☐ Casado no Civil ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se teve filhos, informar [illegible] 30 - Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se teve irmãos, informar [illegible] 33 - Vítima deixou ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

[illegible]

TESTEMUNHAS

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
[illegible]

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA n. 12 2019

Versando sobre: ACIDENTE DE MOTO;

[illegible]

COMUNICANTE/VÍTIMA: MARIA GORETE DA SILVA [illegible] SANTO ZÉ/SIBIO ASSIMERO DA SILVA [illegible] MARIA VALDELICE BARBOSA [illegible] ZÉ DE MOURA [illegible] SANTA CECÍLIA-PB [illegible]

ACUSADOS: [illegible]

TESTEMUNHAS: [illegible]

HISTÓRICO: [illegible] HONDA CG 125 COR PRETA ANO MOD 2012, PLACA PLG 0550, CHASSI 9C2JC3010CR[illegible] LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ HERÓ DE SALES, conduzida por [illegible] JOSÉ RAFAEL DA SILVA [illegible] ZÉ DE MOURA [illegible] PB [illegible] RODRIGUES [illegible] QUE [illegible] SAMU [illegible] CAMPINA GRANDE-PB, [illegible] interceptada por [illegible]

COMUNICANTE/VÍTIMA **MARIA GORETE DA SILVA**

COMISSÁRIO DA CIVIL: MOACIR ANTONIO DA SILVA

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, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag 00251/00252 - carta_09 - INVALIDEZ

00060126

Carta nº 15675103

LÍDER

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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GORETE 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$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R$ 1.012,50

Recebedor: **MARIA GORETE DA SILVA**
Valor: **R$ 3.543,75**
Banco: **237**
Agência: **000000835-4**
Conta: **0000022604-1**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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,

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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA GORETE 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 00277/00278 - carta_02 - INVALIDEZ

00020139

Carta nº 15284205

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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE 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

Pag. 00407/00408 - carta_01 - INVALIDEZ

00020204

Carta nº 15253189

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000022604-1

Nr. Autenticação
BRADESCO1301202005000000000023700835000000022604354375 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Número do Sinistro: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019

CPF: 393.317.558-56 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/03/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3190696798***
Nome do(a) Examinado(a): ***MARIA GORETE DA SILVA***
Endereço do(a) Examinado(a):
RUA GETULIO VARGAS , SN - Santa Cecília - PB - CEP 58463-000
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***ssp /PB***] ***523234314***
Data e local do acidente: [***15/07/2019***] ***saída da cidade Santa Cecília - PB***
Data e local do exame: [***06/01/2020***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.
Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

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

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicaçòes, com alta hospitalar.

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

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
5º quirodáctilo esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
Joelho esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019

CPF: 393.317.558-56 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME [illegible]
NACIONALIDADE [illegible]
PROFISSÃO [illegible]
IDENTIDADE [illegible] SSP/PE
DATA DO ACIDENTE [illegible]
COBERTURA [illegible]
VÍTIMA [illegible]
ENDEREÇO
[illegible]

OUTORGADO

NOME- [illegible]
NACIONALIDADE- [illegible]
PROFISSÃO- [illegible]
IDENTIDADE- [illegible] SSP/PE
ENDEREÇO-
[illegible]

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUEM **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

Santa Cecília - PB, 06 de Dezembro de 2019.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECIMENTO DE FIRMA POR AUTENTICIDADE
de Tabelionato de Notas
Santa Cecília-PB
Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira
Oficiala e Tabeliã

CARTÓRIO [illegible]
Rua [illegible]
Reconheço por autenticidade a firma de:
Maria [illegible]
Dou fé. Santa Cecília/PB, [illegible]
Selo: [illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)
Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5° quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**26,25 %**	**R$ 3.543,75**

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME [illegible]
NACIONALIDADE [illegible]
PROFISSÃO [illegible]
IDENTIDADE [illegible]
DATA DO ACIDENTE [illegible]
COBERTURA [illegible]
VÍTIMA [illegible]
ENDEREÇO
[illegible]

OUTORGADO

NOME- [illegible]
NACIONALIDADE- [illegible]
PROFISSÃO- [illegible]
IDENTIDADE- [illegible]
ENDEREÇO-
[illegible]

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUEM **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

Santa Cecília - PB, [illegible] de [illegible] de 2019.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECIMENTO DE FIRMA POR AUTENTICIDADE
de Tabelionato de Notas
Santa Cecília-PB
Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira
Oficiala e Tabeliã

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019

CPF: 393.317.558-56 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Número do Sinistro: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019

CPF: 393.317.558-56 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/03/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3190696798***

Nome do(a) Examinado(a): ***MARIA GORETE DA SILVA***

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA GETULIO VARGAS , SN - Santa Cecília - PB - CEP 58463-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***ssp /PB***] ***523234314***

Data e local do acidente: [***15/07/2019***] ***saída da cidade Santa Cecília - PB***

Data e local do exame: [***06/01/2020***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

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

Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

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

[*X*] Sim [ ] Não

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

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

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

[*X*] Sim [ ] Não

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

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
5º quirodáctilo esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
Joelho esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB

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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE 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

Pag. 00407/00408 - carta_01 - INVALIDEZ

00020204

Carta nº 15253189

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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA GORETE 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 00277/00278 - carta_02 - INVALIDEZ

00020139

Carta nº 15284205

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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GORETE 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$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R$ 1.012,50

Recebedor: **MARIA GORETE DA SILVA**
Valor: **R$ 3.543,75**
Banco: **237**
Agência: **000000835-4**
Conta: **0000022604-1**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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,

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, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag 00251/00252 - carta_09 - INVALIDEZ

00060126

Carta nº 15675103

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

DADOS CADASTRAIS

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

Declaro, [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

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

☐ CONTA POUPANÇA ☒ CONTA CORRENTE

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ AGÊNCIA ☐ CONTA ☐

Autorizo [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Declaro, [illegible]

- não ha IML que atende a região do acidente ou da minha residência ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza exames para fins do seguro DPVAT ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência está a uma distância superior a 100 (cem) km, [illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima ☐ Solteiro ☐ Casado no Civil ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se teve filhos, informar quantos e quais filhos 30 - Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se teve irmãos, informar quantos e quais irmãos 33 - Vítima deixou ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34 [illegible]

35 - Nome e RG de quem assina por a pessoa acima

36 - CPF de quem assina por a pessoa acima

37 - Assinatura de quem assina por a pessoa acima

TESTEMUNHAS

38 - 34 - Nome _____
CPF _____
Assinatura da testemunha

39 - 34 - Nome _____
CPF _____
Assinatura da testemunha

[illegible]

40 - Assinatura do Representante Legal (se menor) 41 - Assinatura do Beneficiário ou de seu Representante Legal

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Edição 01/2013

DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
[illegible]

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA n. 12/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE MOTO;

[illegible]

Local da Ocorrência: PB 151, nas proximidades da cidade de **SANTA CECILIA-PB.**

COMUNICANTE/VÍTIMA: MARIA GORETE DA SILVA [illegible] SANTO ZÉ DO ASSIMERO DA SILVA [illegible] MARIA VALDELICE BARBOSA [illegible] ZÉ DE MOURA [illegible] SANTA CECILIA-PB [illegible]

ACUSADOS: [illegible]

TESTEMUNHAS: [illegible]

HISTÓRICO: [illegible] HONDA CG 125 COR PRETA, ANO/MOD 2012, PLACA PLG 0550, CHASSI 9C2JC4110CR[illegible] LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ HERÓDE SALES, conduzida por [illegible] JOSÉ RAFAEL DA SILVA [illegible] ZÉ DE MOURA [illegible] PB 151 [illegible] RODRIGUES [illegible] QUE [illegible] SAMU [illegible] CAMPINA GRANDE-PB, onde [illegible] interceptada por [illegible]

COMUNICANTE/VÍTIMA **MARIA GORETE DA SILVA**

COMISSÁRIO DA CIVIL: MOACIR ANTONIO DA SILVA

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

[illegible]	[illegible]	[illegible]

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

DADOS CADASTRAIS

[illegible]

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

[illegible]

Declaro, [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

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

☐ CONTA POUPANÇA [illegible] ☒ CONTA CORRENTE [illegible]

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ( ) ( ) CONTA: ( ) ( ) AGÊNCIA ( ) ( ) CONTA ( ) ( )

Autorizo [illegible]

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

INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, [illegible]

- 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 [illegible] do seguro DPVAT ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência [illegible]

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima ☐ Solteiro ☐ Casado no Civil ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se teve filhos, informar [illegible] 30 - Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se teve irmãos, informar [illegible] 33 - Vítima deixou ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34 [illegible]

35 - Nome [illegible]

36 - CPF [illegible]

37 - Assinatura de quem assinou a pedido a rogo

TESTEMUNHAS

38 - 38 - Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

39 - 39 - Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

[illegible]

40 - Assinatura do Representante legal (se menor) 41 - Assinatura do Beneficiário ou do declarante 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Edição 01/2013

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000022604-1

Nr. Autenticação
BRADESCO1301202005000000000023700835000000022604354375 PAGO

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI

UC (Unidade Consumidora): 6/1688293-8

Canal de contato

Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias

Demonstrativo

Média diária mensal (kWh)

VENCIMENTO
18/09/2019

TOTAL A PAGAR
R$ 96.28

Histórico de Consumo (kWh)

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V)

Faturas em atraso

ATENÇÃO

CELPE

14/10/2019

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

Para mais esclarecimentos acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** (11) 3221-7204 ou 0800 022 1204 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de regulação 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 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** deste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT, contudo, por determinação do referida Circular **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

Pelo exposto, eu [illegible] inscrito(a) no CPF [illegible] na qualidade de Procurador(a), Intermediário(a) ou de Beneficiário [illegible] inscrito(a) no CPF sob o nº [illegible] requerente do DPVAT referente [illegible] inscrito(a) no CPF sob o nº [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão: _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatórios

X Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei, que [illegible] prova de residência junto à Seguradora Líder – DPVAT, reside 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.

_____ _____ _____

_____

_____

Assinatura do Declarante

Alcantil-PB

Alcantil-PB

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1944657 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - Campina Grande - PB CEP 58432-800 Data: 15/07/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Versão 1.0 Atendente: [illegible]

PACIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

CEP: [illegible] Nascimento: [illegible]

Endereço: JOSÉ MOURA

Sexo: Telefone:

Cidade: Campina Grande Bairro: [illegible]

Nome da Mãe: MARIA [illegible] DA BATEIRA

RG: Nº:

Responsável: CPF: Profissão: AGRICULTORA

Estado Civil: Solteiro Escolaridade: [illegible]

Motivo: ACIDENTE DE MOTO [illegible] Convênio: [illegible]

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o numero correspondente ao lado)

OBS.

QUEIMADURA

Superfície corporal lesada = _____% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

ALERGIA

MEDICAMENTOS

PATOLOGIAS.

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) __ __

Glasgow ___ PA ___ HGT: ___ Sat02 ___

EXAMES SOLICITADOS

( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia:

( )Gasometria arterial ( )Radiografias: ___

( )Tomografia Computadorizada ( )__

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Especialista ___ / ___ às ___ Dia / /

Especialista / às Dia / /

MEDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	[illegible]	
2	[illegible]	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

[illegible] - PARECER MEDICO

DESTINO DO PACIENTE / / as hs

Assinatura do paciente ou responsável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

SUS Sistema Unico de Saude — Ministerio da Saude

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saude

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: MARIA GORETE DA SILVA — 6 - N° DO PRONTUÁRIO: 1944767

7 - CARTÃO DO SUS: 700607902385262 — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1983 — 9 - SEXO: Masc. [ ] Fem. [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA JADELDA BARBOSA — 11 - IDADE: 83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JOSE MOURA , 0 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Santa Cecilia — 14 - CÓDIGO IBGE: 251315 — 15 - UF: PB — 16 - CEP: 58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: — 21 - CID 10 PRINCIPAL: — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 03 — 28 - DOCUMENTO (TIPO): — 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF/CRM DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE): 980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/07/2019 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - [ ] ACIDENTE DE TRÂNSITO — 36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - Nº DO BILHETE — 38 - SÉRIE

34 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO — 39 - CNPJ DA EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: [ ] EMPREGADO [ ] EMPREGADOR [ ] AUTÔNOMO [ ] DESEMPREGADO [ ] APOSENTADO [ ] NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - ÓRGÃO EMISSOR — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO: CNS [ ] CPF [ ] — 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

Data da Internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

SUS Sistema Unico de Saude — Ministerio da Saude

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: MARIA GORETE DA SILVA — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1944767

7 - CARTÃO DO SUS: 700607902385262 — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1983 — 9 - SEXO: MASC. [ ] FEM. [X]

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL: MARIA JADELDA BARBOSA — 11 - IDENTIFICAÇÃO ÉTNICA: 03

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JOSE MOURA , 0 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Santa Cecilia — 14 - CÓD. MUNICÍPIO IBGE: 251315 — 15 - UF: PB — 16 - CEP: 58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL — 21 - CID 10 PRINCIPAL — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

26 - CLÍNICA — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 03 — 28 - DOCUMENTO: CNES / CPF — 29 - Nº DOCUMENTO/CNES/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/07/2019 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - [ ] ACIDENTE DE TRÂNSITO — 36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - Nº DO BILHETE — 38 - SÉRIE

34 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO — 39 - CNPJ EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBOR

35 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: [ ] EMPREGADO [ ] EMPREGADOR [ ] AUTÔNOMO [ ] DESEMPREGADO [ ] APOSENTADO [ ] NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - CÓD. TÍTULO EXPEDIDOR — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO: CNES / CPF — 47 - Nº DOCUMENTO/CNES/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO — 49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

/ /

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE

GO LEITE CONVENIO IDADE REGISTRO GOVERNO DA PARAIBA

CIRURGIA CIRURGIÃO

ANESTESIA ANESTESIA

INSTRUMENTADORA DATA INICIO FIM

QTD MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

QTD FIOS CODIGO

QTD MEDICAÇÕES

QTD SOROS

QTD ORTESE E PROTESE

QTD MATERIAIS / SOLUÇÕES

EQUIPAMENTOS

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Francielle Garcia A. Conceição
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 001223-TE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE ANESTESIA

Tissura Caetano de Andrade
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 10281-F

Saskia Furstenberg
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 46430-F

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: MARIA CORETT

Data da Cirurgia: **27/07/2019**

Cirurgião: Dr. ANDREA REGINO

1º Auxiliar: DR YARY

2º Auxiliar: DR ELDIMAN

Instrumentador: TIAGO

Anestesista: DR SOLOBRO

Anestesista: BLOQUEIO

Tipo de Cirurgia: REDUÇÃO + FIXAÇÃO

Diagnóstico Pós-operatório: CONFIRMADO

Material enviado ao Patologia: NÃO HOUVE

Exame Radiológico: Ato: NAO

Anestesia durante a cirurgia: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
04- REDUÇAO CRUENTA
05- [illegible]
06- LAVAGEM SFO 9% + SUTURA + CURATIVO
07- [illegible]

Nome do Paciente: MARIA GORETE

Data da Cirurgia: **27/07/2019**

CNS:

Cirurgião: DR SERGIPPO

Anestesia:

Relatório Imediato do Patologista: NÃO HOUVE

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MII
03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTERIS
04- INC SAO FACE LATERAL DE FEMUR ESQ + DIVULSAO POR PLANOS
05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS
06- REDUÇAO FRATURA + FIXACAO COM PLACA 4,5MM 10F LARGA 13 FUROS
07- [illegible]
08- CURATIVOS

DR SERGIPPO
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA GORETE DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019 Data da Alta:29/07/2019

Registro:1944767

Tempo de Permanência:-18093
Diagnóstico Inicial:0408050233

Diagnóstico Final:

Principais Exames:EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia:TRATAMENTO CIRURGICO FX DIAFISE FEMUR + FX MTC E
Data:27/07/2019

Equipe:
Cirurgião:ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES
Aux 1:ELDIMAN SOARES DE ARAUJO
Aux 2:YWRY DE PAIVA CAMARA
Aux 3:ANA MARIA DA SILVA ANSELMO
Aux 4:
Anestesista:MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA
Medicamentos:

Infecção F.O:NAO

Coleta de Material:NAO

Orientações:- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARELEX RETARD + DEOCIL SL + XARELTO. - ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO A FISIOTERAPIA. - FORNECO ATESTADO MEDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRENCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATORIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHACO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta::Melhorado

Data29/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS:LIBERACÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Maria Paula da Silva		Cirúrgica	4	3

Data	Hora		Data	Hora	
26.07	T	Paciente encontra-se com indicação de fisioterapia de urgência, no MIE após um acidente de moto. Se encontra com boa ventilação pulmonar, apresenta ADM preservada do MTD, presença de edema no MIE incluindo maléolos e dor à palpação do MTD, mobilização passiva de tornozelo no MIE, mobilização ativa-livre de MTD, mobilização ativa de MMSS. Treinamento de atividade e atividade de quadril no MTD, manipulação diagnóstica e mandatória. Acadêmico Pós graduação da universidade Santa Fé.	30.07	T	Paciente deitada lúcida orientada, DEMA, Tomar MTE (gesso) Hidroterapia. Exercícios funcionais. Cal Posicionamento, cuidados Bicicleta extra leve 15 min. MMSS. Mobilização tornozelo MTE. Cefaleia

Sávia Fürstenberg Thomé
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 45400-F

Jussara Caetano de Andrade
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 10281-F

CONTROLE CIRÚRGICO

MA

Rua Capitão José da Cruz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.295.089/000[illegible]-79

0886

Paciente: _____

Hospital: _____

Médico: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Procedimento: _____

Prontuário: _____ Convênio: _____

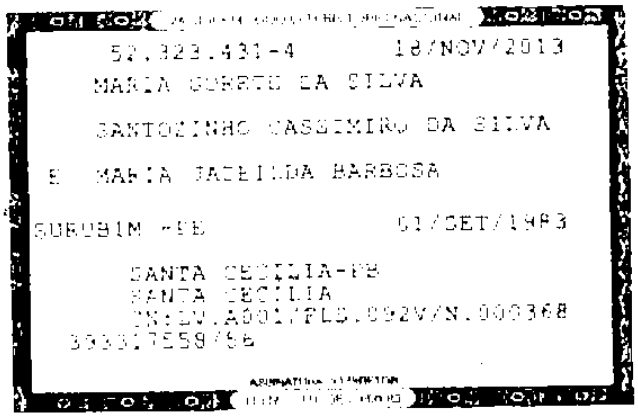
Instrumentadora(O): _____ Circulante: _____

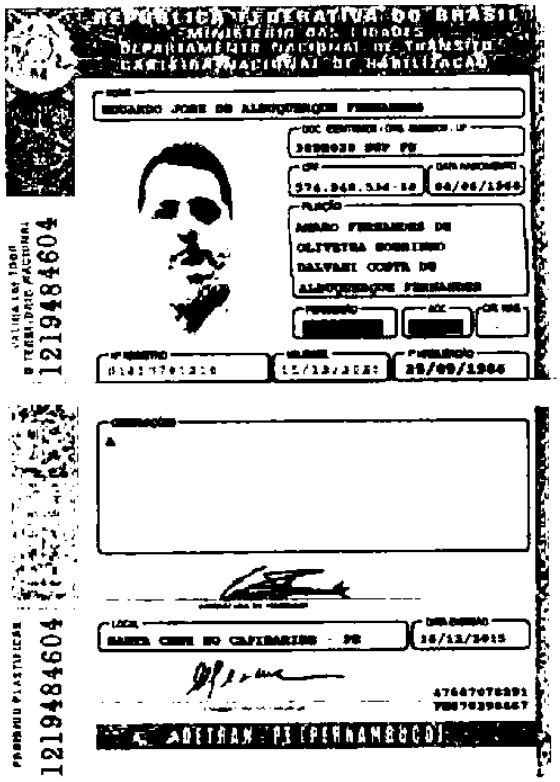
Quant.	Materiais Utilizados	Lote
	Ex 4.5	
		Ex 4.5

Recife, ____ de _____ de20____

_____ Circulante

_____ Médico Responsável


52.323.431-4 18/NOV/2013
MARIA GORETE DA SILVA
SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA
E MARIA JACELINDA BARBOSA
SUBUBIM -PE 01/SET/1983
SANTA CECILIA-PB
SANTA CECILIA
CN:DV.A001/FLS.092V/N.000368
3333175598/96


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
1219484604
1219484604
ADETRAN - PE (PERNAMBUCO)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

015100742139

CONTROLE

RE Nº 015100742139 BILHETE DE SEGURO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019

CPF: 393.317.558-56 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

Seguradora LÍDER

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190696798 Data da solicitação: 13/03/2020 (DD/MM/AA)

Nome do beneficiário: MARIA GORETE DA SILVA CPF do beneficiário: 393.317.558-56

Nome do solicitante: CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99663.0454 Tel. Comercial: ( ) Tel. Residencial: ( )

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: CARTA (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SANTA CECILIA/PB 13/03/2020
Local e Data

Maria Gorete da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:
Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5° quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5° metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5° quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**26,25 %**	**R$ 3.543,75**