



Número: **0015711-13.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCELO JOSE DAS NEVES (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65376738	28/07/2020 13:13	ANEXO 2	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190418162 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO JOSE DAS NEVES **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 2

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00





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, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190418162

Vítima: MARCELO JOSE DAS NEVES

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO JOSE DAS NEVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

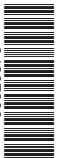
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14543555

Pag. 00739/00740 - carta_01 - INVALIDEZ

00020370





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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190418162

Vítima: MARCELO JOSE DAS NEVES

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO JOSE DAS NEVES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: MARCELO JOSE DAS NEVES

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 0000051

Conta: 0000033095-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01127/01128 - carta_30 - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

*Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

089.458.734-06 Marcelo José das Neves

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

5 - Nome completo:

Marcelo José das Neves

6 - CPF:

089.458.734-06

7 - Profissão:

Recusou-se R. Zildesir Moraes

8 - Endereço:

9 - Número:

165 casa

11 - Bairro:

Bot. Vique Vique

12 - Cidade:

Caruaru

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55000-000

15 - E-mail:

(81) 9668-4814

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

51

CONTA:

330.95

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV VITA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha

09 JUL 2019

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

22/02/2019 09:20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 90ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90CIRC
DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº **19E0180000451**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/02/2019** às **09:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu
no dia **20/1/2019** às **13:45**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE SAPUCARAMA DE BEZERROS, PROXIMO A VILA**
BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL Proximo a: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS**
Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVIDUO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCELO JOSE DAS NEVES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a):
MARCELO JOSE DAS NEVES

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

MARCELO JOSE DAS NEVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA**
NEVES Pai: **JOSE LAMARTINE DAS NEVES** Data de Nascimento: **16/6/1991** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **7381837/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **SUPERVISOR** Telefones Celulares:
- **997964100**

Residência: **AVENIDA TANCREDO NEVES - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL** Proximo a: **MUNICIPIO DE SAIRE, 67,**
COHAB - CEP: 65000-000 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL

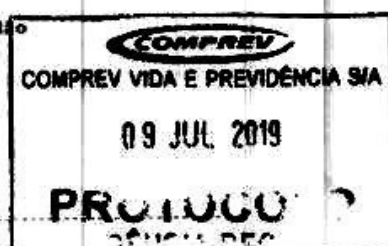
INDIVIDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**
PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO JOSE DAS NEVES**, que estava em posse do(a)
Sr(a): **MARCELO JOSE DAS NEVES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR6340 (PERNAMBUCO/CARUARU)** Chassi: **9C2KD0650ER345191**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

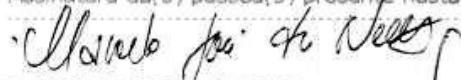


Secretaria de Defesa Social :: INPOPOL

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=180&idOc=...>

INFORMA O QUEIXOSO QUE SEGUIA GUIANDO SEU VEICULO NO LOCAL DO FATO SENTIDO VILA DE SAPUCARANA QUANDO FOI DESVIAR DE OUTRO VEICULO QUE VINHA A SUA FRENTE COLIDIU COM UMA PEDRA E CAIU NA IA, FOI SOCORRIDO POR UM FAMILIAR PARA A UPA ESTADUA 24H, SOFREU FRATURA NO 5º METACARPO DA MÃO ESQUERDA, ESCORIAÇÕES NA PERNA ESQUERDA.

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



MARCELO JOSE DAS NEVES
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUCIANO SOARES DOS SANTOS - Matrícula: 221470-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

*Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

089.458.734-06 Marcelo José das Neves

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV VITA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha

09 JUL 2019

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO JOSE DAS NEVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000033095-7

Nr. da Autenticação 6A85970AB174F261





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **MARCELO JOSE DAS NEVES**

Data Nascimento: 16/06/1991 Idade: 27 Anos, 7 Meses e 4 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01197359

Prontuário: 00161456

Senha N.º: **0097**

Data e Hora: 20/01/2019 17:50h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR E EDEMA + FERIMENTO EM MAO ESQ E ESCORIAÇÕES EM MIE APOS SOFRER QUEDA DE MOTO HOJE

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM E HAS

DOC: CNH

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica:

P.A Diastólica:

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

QPD / HDA:

DOR EM MAO ESQ APOS TRAUMA

Exame Físico:

FERIMENTO MAO ESQ

Exames complementares:

RX

HD:

FRATURA 5 MTC FECHADA

Conduta:

IMOBILIZAÇÃO; AO HRA

Evolução:

Dr. Leonardo L. Lins
Ortopedia/Traumatologia
CRM - 23458

Ass. do Médico

Dr(a): **LEONARDO ARAUJO LINS**
CRM - 23458



Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - MAURICIO DE NASS
AU CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 107291851 Fev/2019	
MARCELO JOSE DAS NEVES R VALDECIR MORAES, N. 00165 - RESIDENCIAL XIQUE XIQUE - LOT. X IQUE-XIQUE - BOA VISTA CARUARU PE 55000-000 INSCRIÇÃO: 041.923.090.0030 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 107291851			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A16N011056	DATA LEIT. ANTERIOR 13/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 16/03/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD / N MEDIDO
ÁGUA: LEIT ANT: 160 CONSUMO: 8 ESGOTO: LEIT ANT: VOLUME: 8 LEIT ATU: RECORRÊNCIA TAXA M LEIT ATU: LEIT FAT: 170 LEIT FAT:			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO			
		NÚMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT.	ANÁLISES
		MS 2.914/11	REALIZ. A LEGIS
01/2019 06 /06	PARÂMETROS	10	10
12/2018 08 /08	TURBIDEZ	10	10
11/2018 08 /08	COR APARENTE	10	10
10/2018 11 /11	CORO RESIDUAL	10	10
09/2018 08 /08	COLIF. TOTAIS	10	10
08/2018 08 /08	E. COLI	10	10
MÉDIA: 08 /08		Qualidade de Água: www.compesa.com.br	
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		8 M3	41,30
ESGOTO 80,00% DO VALOR DE ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ESGOTO		8 M3	33,04
TABELA DE CÁLCULO			
TABELA DE CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PIS	74,34	1,65	1,23
COPINS	74,34	7,60	5,65

VENCIMENTO: 25/03/2019

TOTAL A PAGAR: 74,34

MENSAGEM:



RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

OPERAÇÃO PROPOSTA:

OPERAÇÃO REALIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

DATA:

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR(A):

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
09 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

1 - PREPARO DO CAMPO

2 - VIA DE ACESSO

3 - ORGÃOS E LESÕES

4 - TÉCNICA E TÁTICA

5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA)

6 - DRENO E SONDA (PENROSE, KERH, ETC.)

7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

8 - GRÁFICO DA CIRURGIA

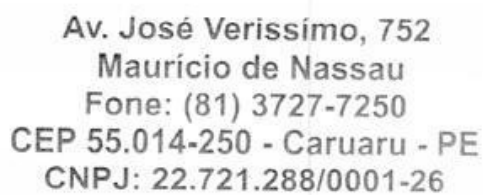
9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1 - PCT EM DDH DO ANESTESIA
- 2 - ANESTESIA + ANTIBIÓTICO + CORTICÓIDES
- 3 - ACESSO EM 5 INTL + DIFERENÇA + REDUÇÃO +
Fixação da FIO K1
- 4 - LAZENGE ANUNTE CI SP, 97.
- 5 - REGISTO DE HEMOSTASIA + SUTURA CI NYLON + CUSTURA

 23 JAN. 2019
CRM: 23458





Paciente

Registro N°

Clinica

Apto. N°

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 13:13:28
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072813132880800000064151430>
 Número do documento: 20072813132880800000064151430

Num. 65376738 - Pág. 1

HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE Miguel da Silva Neves REGISTRO 92/192 DATA 23.01.19
CONVÊNIO Particular PROCEDIMENTO Plástica da pele da mão esquerda
CIRURGIÃO Dr. Roberto de Almeida ANESTESISTA
1º AUXILIAR 2º AUXILIAR
INSTRUMENTADOR INÍCIO 09:40 TÉRMINO 10:50
ANESTESIA Loc. d/ CIRCULANTE Luizinho Cruz - 629618

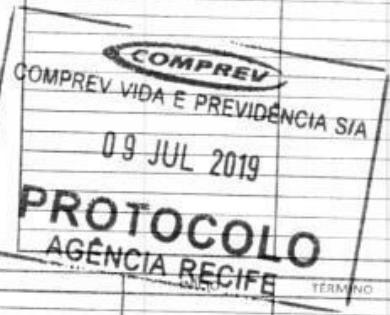
Medicamento	Quant.
Ácido Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml	
Água destilada sol. inj. 1000ml	
Água destilada sol. inj. 10ml	
Atropina sol. inj. 0,544mg/ml - amp 5ml	
Bupivacaína sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml	
Bupivacaína + Glicose sol. inj. 0,5% - amp 4ml	
Bupivacaína Isobárica sol. inj. 0,5% - amp 4ml	
Cefazolina sol. inj. 1g - fr/amp	
Cefazolina sol. inj. 1g - fr/amp	
Cetoprofeno sol. inj. IM 50mg/ml - amp 2ml	
Cetoprofeno sol. inj. IV 100mg - fr/amp	
Cetorolaco sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml	
Cinacalcio sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml	
Clonidina sol. inj. 150mcg/ml - amp 1ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - 1000ml	1000
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml	
Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml	
Dextrocetamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA	
Dilofegano sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml	
Dilofegano sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml	
Dilofegano sol. inj. 40mg - seringa 0,4ml	
Eparafina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Etillefina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Etopidato sol. inj. 2mg - amp 10ml	
Fentanil sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA	
Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml	
Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml	
Heptaxina sol. inj. 5,000UI - TAXA	
Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp	
Hidrocortisona sol. inj. 500mg - fr/amp	
Histina - Dipirone sol. inj. - amp 5ml	
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% C/V - TAXA	
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% S/V - TAXA	
Lidocaina sol. inj. 2% C/V - Fr/Amp - TAXA	
Lidocaina sol. inj. 2% S/V - Fr/Amp - TAXA	
Metronidazol sol. inj. 5mg/ml - bolsa 100ml	
Morfina sol. inj. 5mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Naltrexona sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Naloxona sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml	
Naocistigmina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml	
Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp	
Ondasetrona sol. inj. 4mg - amp 2ml	
Ondasetrona sol. inj. 8mg - amp 2ml	
Petidina sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml	
Prometazina sol. inj. 50mg - amp 2ml	
Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml	
Ranitidina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml	
Romifentania sol. inj. 2mg - fr/amp	
Ringer com Lactato sol. inj. - fr 500ml	
Ricardina sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml	
Ropivacaína sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml	
Sevoflurano sol. p/inalação 1mg/ml - TAXA	
Sufentanila sol. inj. 5mcg/ml - amp 2ml	
Suxametônio sol. inj. 100mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp	

Material Médico Hospitalar	Quant.
Agulha descartável n°	
Agulha Gengival	
Agulha para Raqui n°	
Agulha Peridural n° 18	
Algodão <u>catapoda</u>	
Atadura de Crepe n°	
Atadura gessada n°	
Cateter para Oxigênio	
Cateter para venopuncção n°	
Cera para Osso	
Coletor Sistema Aberto	
Coletor Sistema Fechado	
Compressa de gaze 7,5 x 7,5	121
Orelo	
Eletrodo	
Equipo macro com injetor	
Equipo para hemoderivados	
Escova para degermação	
Esparrapado	
Luva estéril n°	100
Máscara descartável	
Microscópio	
Palito	
Sapatilha descartável	
Scalp n°	
Seringa 10ml	
Seringa 1ml	
Seringa 20ml	
Seringa 3ml	
Seringa 5ml	
Seringa 60ml	
Seringa Perda de Resistência	
Sonda de Foley 02 vias n°	
Sonda de Foley 03 vias n°	
Sonda endotraqueal n°	
Sonda nasogástrica curta n°	
Sonda nasogástrica longa n°	
Sonda uretral n°	10-08
Stimulplex	
Torneira de 03 vias	
Touca descartável	17
Tubo de silicone	
<u>Trasoxil</u>	
<u>Jonx. Degermant. 200ml</u>	
<u>Fio 2. Kirschner 2-0</u>	
<u>Lamina B. 15</u>	
<u>Alcool 70</u>	50 ml

Fios de Sutura	Quant.
Algodão c/agulha n°	
Algodão s/agulha	
Caprofil n°	
Catgut Cromado n°	
Catgut Simples n°	
Ethibond n°	
Fio de Aço n°	
Kit Catarata	
Monocryl n°	
Nylon n°	
PDS n°	2-0
Prolene n°	
Seda n°	
Vicryl n°	
Fio de cerclagem n°	
Fio de Kirschner n°	

OPME	Quant.
Liga Clip	
Tela de Polipropileno	

Líquidos	Quant.
Clorexidina degermante 2%	
Água oxigenada	
Alcool 70°	
Clorexidina alcoólica 0,5%	
Alcool Iodado	
PVPi Degermante	
PVPi Tópico	



TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO
Taxa de aparelho de anestesia		
Taxa de Aspirador		
Taxa de Bisturi Elétrico		
Taxa de Microscópio		
Taxa de Monitor Cardíaco		
Taxa de Motor		
Taxa de Oxímetro de Pulso		
Taxa de Sala		
Taxa de Videolaparoscopia		

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO
Taxa de Capnógrafo		
Taxa de Intensificador		
GAZES		
Ar comprimido		
CO ₂		
Oxigênio		
Nitrogênio		



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

NOME
MARCELO JOSE DAS NEVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7381837 RDS PE

CPF
089.458.734-06

DATA NASCIMENTO
16/06/1991

FILIAÇÃO
JOSE LAMARTINE DAS
NEVES
MARIA DO SOCORRO DA
SILVA NEVES

PONSIÇÃO
[]

NIC
[]

CAT. HAB.
[]

IP REGISTRO
06879287235

VIGÊNCIA
01/06/2021

PMHABITACAO
10/02/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

Marcelo José das Neves
Assinatura do Titular

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
02/06/2016

[Assinatura]
Assinatura do Registrado

00885086482
PR072354933

PROIBIDO PLASTIFICAR
1224445631

**VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1224445631





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE		Nº 014082899100	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		EXERCICIO: 2018	
VIA	COD RENAVAM	TRNTRC	2018
1	1020836005	*****	2018
NOME: MARCELO JOSE DAS NEVES			
CARUARU-PE			
OF/CRP	PLACA	OYR6340	
089.458.734-05	CHASSI	9C2KD0550ER345191	
PLACA ANT/UF	CHASSI	*****	
*****	*****	*****	
ESP/DE TIPO: ALCO/GASOL			
COMBUSTIVEL			
MARCA/MODELO			
HONDA/NXR150 BRO3 E3			
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	ANO FAB	ANO MOD
2E/145CL	2ARTIC	2014	2014
COTA UNICA	VERC COTA UNICA	COR PREDOMINANTE	VERMELHA
1	1	VERMELHA	VERMELHA
IPVA 2018 QUITADO	2º	*****	*****
FAVA/PAVA	3º	*****	*****
*****	*****	*****	*****
PREMIO TARIÁRIO (R\$)	DOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	*****	*****
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVAÇÃO DE PORTE OBRIGATORIO			
OBRIGATORIO DE TRANSPORTE			
CARUARU-PE			
Chaxias Andriens Sousa Ribeiro			
21/07/18			

BILHETE DE SEGURO DPVAT	
PE Nº 014082899100	
MARCELO JOSE DAS NEVES	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 800 822 1204	
EXERCICIO	DATA EMISSÃO
2018	21/07/18
RENAVAM	PLACA
089.458.734-05	OYR6340
MARCA/MODELO	CHASSI
HONDA/NXR150 BRO3 E3	9C2KD0550ER345191
ANO FAB	ANO MOD
2014	2014
PRÊMIO TARIÁRIO	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$ (R\$)	DE NATAN (R\$)
*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	DOF (R\$)
*****	*****
COTA UNICA	PORCENTO
*****	*****
DATA DE QUITAÇÃO	DATA DE EMISSÃO
*****	*****
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CHPJ 03.248.008/0001-04	
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190418162 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO JOSE DAS NEVES **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 2

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230903/19

Vítima: MARCELO JOSE DAS NEVES

CPF: 089.458.734-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCELO JOSE DAS NEVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCELO JOSE DAS NEVES : 089.458.734-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/07/2019
Nome: MARCELO JOSE DAS NEVES
CPF: 089.458.734-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

MARCELO JOSE DAS NEVES

JONATAN BARBOSA DE BARROS

