



Número: **0027679-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JACIARA ALVES DA SILVA (AUTOR)	ELAINE PANTALEAO DA SILVA (ADVOGADO) EMANUELLE ALVES DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
72170 665	07/12/2020 16:11	<a href="#">2741488_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>



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

Processo: 00276794020208172001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JACIARA ALVES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DA AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE A LESÃO EXISTENTE NO JOELHO ESQUERDO E O ACIDENTE**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada no joelho esquerdo tenha decorrido do acidente de trânsito**<sup>1</sup>.

**ISSO PORQUE, CONFORME EVIDENCIAM OS PRÓPRIOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS PELA PARTE AUTORA, AS ÚNICAS LESÕES OCASIONADAS A ELA DECORRENTES DO ACIDENTE OCORRERAM NA FACE E NA COLUNA.**

**ORA, EXA., EM MOMENTO ALGUM A PARTE AUTORA APRESENTA BOLETIM MÉDICO COMPROVANDO LESÃO NO JOELHO ESQUERDO QUE TENHA DECORRIDO DO SINISTRO DISCUTIDO, NÃO PODENDO, ASSIM, SER IMPUTADO À RÉ O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO POR LESÃO QUE NÃO OCASIONADA PELO ACIDENTE ADUZIDO.**

<sup>1</sup>SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31<sup>a</sup> Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111158500000070752906>  
Número do documento: 20120716111158500000070752906

Num. 72170665 - Pág. 1

**DESTA FORMA, RESTA DEMONSTRADA A COMPLETA AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE A LESÃO NO JOELHO ESQUERDO E O ACIDENTE!!!**

**DA AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

**DA AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE AGRAVAMENTO DE LESÃO NA FACE E NA COLUNA**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no joelho, segmento que, conforme já esclarecido acima, não foi adquirido no acidente discutido, e na face e na coluna. Todavia, em sede administrativa não foram apuradas quaisquer sequelas, conforme elucidado abaixo:

<b>PARECER DE ANÁLISE MÉDICA</b>				
				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
<b>Número:</b> 3190673296	<b>Cidade:</b> Olinda	<b>Natureza:</b> Invalidez Permanente		
<b>Vítima:</b> JACIARA ALVES DA SILVA	<b>Data do acidente:</b> 04/07/2018	<b>Seguradora:</b> ARUANA SEGURADORA S/A		
<b>PARECER</b>				
<b>Diagnóstico:</b> Fratura de arcos costais à esquerda.				
<b>Descrição do exame físico:</b> Ao exame, vítima com expansibilidade torácica preservada, sem limitação.				
<b>Resultados terapêuticos:</b> Suporte clínico, analgesia, fisioterapia. Alta há cerca de 4 meses.				
<b>Sequelas permanentes:</b>				
<b>Sequelas:</b> Sem sequela				
<b>Data do exame físico:</b> 13/12/2019				
<b>Conduta mantida:</b>				
<b>Observações:</b> Vítima com exame demonstrando alteração discal em coluna. Não há como determinar nexo, uma vez que não há comprovação de lesão em coluna decorrente do trauma.				
<b>DANOS</b>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão na face em grau leve (25%) e na coluna em grau médio (50%).

Todavia, conforme já informado, ante a ausência de nexo causal entre a lesão existente no joelho esquerdo e o sinistro, a ré vem impugnar a lesão apurada na face e na coluna da parte autora tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas nos segmentos.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, as lesões na face e na coluna não resultaram em sequelas permanentes.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111158500000070752906>  
Número do documento: 20120716111158500000070752906

Num. 72170665 - Pág. 2

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar indenização ao autor, devendo, assim, os pedidos autorais serem julgados improcedentes.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de dezembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111158500000070752906>  
Número do documento: 20120716111158500000070752906

Num. 72170665 - Pág. 3



Número: **0027679-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JACIARA ALVES DA SILVA (AUTOR)	ELAINE PANTALEAO DA SILVA (ADVOGADO) EMANUELLE ALVES DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72170 666	07/12/2020 16:11	<a href="#">Recibo de Apresentação de Documentos parte 1</a>	Outros (Documento)

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190673296      **Cidade:** Olinda      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JACIARA ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 04/07/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de arcos costais à esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima com expansibilidade torácica preservada, sem limitação.

**Resultados terapêuticos:** Suporte clínico, analgesia, fisioterapia. Alta há cerca de 4 meses.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 13/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima com exame demonstrando alteração discal em coluna. Não há como determinar nexo, uma vez que não há comprovação de lesão em coluna decorrente do trauma.

### 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



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190673296      **Cidade:** Olinda      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JACIARA ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 04/07/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 05/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PG 5 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



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

---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190673296**

**Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JACIARA ALVES 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

---

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190673296

Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JACIARA ALVES 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. 01703/01704 - carta\_02 - INVALIDEZ



00060852

Carta nº 15199766



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:11  
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111174400000070752907>  
Número do documento: 20120716111174400000070752907

Num. 72170666 - Pág. 4



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

---

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190673296

Vítima: JACIARA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JACIARA ALVES DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 01957/01958 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 15257951



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111174400000070752907>  
Número do documento: 20120716111174400000070752907

Num. 72170666 - Pág. 5

# 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:

 801-668-574-91 *Jaciana Alves da Silva*

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

5 - Nome completo:

*Jaciana Alves da Silva*

6 - CPF:

801-668-574-91

7 - Profissão:

morena

8 - Endereço:

Rue Jacob Pinto de Freitas

9 - Número:

169

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Praça de Robeirós

12 - Cidade:

Isaraí

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

53623-222

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(18) 8468-2112

## 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)

 Cäbá Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

 AGÊNCIA: **2191**

 CONTA: **066 391**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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, informar Vivos:  Sim  Não

 29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:  Vivos:  Falecidos

 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer):  Sim  Não

 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Sim  Não

 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

03 DEZ 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

PROTOCOLO

2020-07-03-16:11:11

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *Itararé 30 de Novembro de 2019*  
*Jaciana Alves da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC  
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0123001279**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2018** às **17:07**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **4/7/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OLINDA, EM FRENTE A UPA DA PE 15 - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA CEDRO, 1, PE 15 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
GENIVAL SEVERINO DE LIMA ( VÍTIMA )  
JACIARA ALVES DA SILVA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
GENIVAL SEVERINO DE LIMA  
OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
JACIARA ALVES DA SILVA

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

**GENIVAL SEVERINO DE LIMA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mão: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL SEVERINO DE LIMA** Data de Nascimento: **15/11/1950** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3629582/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **CARPINTERO(A)** Telefones Celulares: **- 987986117**

Residencial: **BAIRRO E CRUZ DE REBOUÇAS, PRÓXIMO A JOSINA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 169, RUA JACO PINTO DE FREITAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A JOSINA**

**JACIARA ALVES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mão: **VELINA GOMES DA SILVA** Pai: **JOÃO ALVES PEQUENO** Data de Nascimento: **16/8/1957** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2008944/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 984682112**

Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUÇAS, PRÓXIMO A JOSINA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 169, RUA JACO PINTO DE FREITAS - CEP: - Bairro: MONJOPE - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A JOSINA**



**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: - 989735731

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

**COLISÃO (OUTROS TIPO DE OBJETO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVAL SEVERINO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVAL SEVERINO DE LIMA**  
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ÀS 16:30 HORAS DE HOJE COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA O SRS. GENIVAL SEVERINO DE LIMA E JACIARA ALVES DA SILVA AMBOS JÁ QUALIFICADOS. RELATA AS VITIMAS DE QUE NO DIA 04/07 DO CORRENTE /ANO, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA CG 125 TITAN KS ANO 1999 MODELO 2000 DE COR VERDE DE PLACA KLG 9492 IGARASSU PE EM NOME DO SR. GENIVAL SEVERINO DE LIMA EM COMPANHIA DE SUA COMPANHEIRA JACIARA ALVES DA SILVA NA GARUPA, AO PASSAR EM FRENTE A UPA DA PE 15 FOI ABAROADO POR UM VEICULO DE PLACA KGI 7612 COR AZUL QUE AVANÇOU O SINAL, CAUSANDO ESCOCAÇÕES NAS VITIMAS, O SR. GENIVAL FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES A SRA. JACIARA FOI ATENDIDA A UPA DA PE 15 E POSTERIAMENTE AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.

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

**GENIVAL SEVERINO DE LIMA**  
(VITIMA)

**JACIARA ALVES DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO DE MELO QUEIROS** - Matrícula: **3809536**



# 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:

801-668-574-91

Jaciara Alves da Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:	
Jaciara Alves da Silva		801-668-574-91
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
monew	Rua Jacob Pinto de Freitas	169
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
Prado Rebeiros	Íscarassu	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):	
	1818468-2112	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

 18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

 Bradesco (237)  Itaú (341)

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

 AGÊNCIA:  2191

 CONTA:  066-391

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

 AGÊNCIA:  CONTA: 

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  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 Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

03 DEZ 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

PROTOCOLO

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Atendimento: 1317394

Data e Hora: 04/07/2018 11:50

Senha da Classificação:

0179

Paciente: 479652 JACIARA ALVES DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 16/08/1957 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: 8 TRAVESSA JACOB PINTO D --

169

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53625218

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Febre e Revisão de T

de Ata no abdomen e perigá

o febre e dor no abdômen

Exame Físico

Exame geral regular

Refluxo gástrico

Abdômen regular

Hipótese Diagnóstica

Sintomas de infecção

estômico

Conduta Terapêutica

HC

123

Prescrição Médica

5.7.2019 10:00

03/07/2019 10:00

JOSEIA A. DE MELLO JUNIOR

CRM-PE-6000

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha: \_\_\_\_\_

Carimbo/Médico

COMPREVADA E PRESTADA SIA

03 DEZ 2019

PROTOCOLO

AGENCIAS RECIFE

1317394



JRAE LINDA

Classificação de Risco - Protocolo

Hora retirada da senha: 04/07/2018 11:47

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: JACIARA ALVES DA SILVA  
Cód. Paciente: 479652  
Data de Nascimento: 16/08/1957  
Sexo: Feminino  
Idade: 60  
Senha: 0179  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

odo: 04/07/2018 11:49 - 04/07/2018 11:49  
IELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

ndade: URGÊNCIA - AMARELO

ixa Principal: ORTOPEDIA SOLICITA AVALIAÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA  
rograma sintoma: TRAUMA  
riminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)  
pecialidade: CLÍNICA GERAL

Acolhido(a) por: DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 04/07/2018 11:49

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111174400000070752907>  
Número do documento: 20120716111174400000070752907

Num. 72170666 - Pág. 12

Atendimento: 1317366

Senha da Classificação:

0155

Data e Hora: 04/07/2018 11:06

Paciente: 479652 JACIARA ALVES DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 16/08/1957 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: 8 TRAVESSA JACOB PINTO D --

169

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU PE

Cep: 53625219

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

Carimbo/Médico

Francisco J. Suassuna Cavalcanti  
Ortopedia / Traumatologia  
CRMPE 4565

1317366

## HORAS - OLINDA

Data Classificação de Risco - Protocolo  
Data hora retirada da senha: 04/07/2018 10:58

### PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: JACIARA ALVES DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 16/08/1957  
Sexo: Feminino  
Idade: 60  
Senha: 0155  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 04/07/2018 11:01 - 04/07/2018 11:02

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

#### URGENCIA - AMARELO

Prioridade: AMARELO  
Cor: AMARELO  
Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS  
COM TRAUMA EM TORAX  
RELATO D E COLISAO  
Observação: ALERGIA-  
HAS-  
DM-  
Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS  
Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS  
Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/07/2018 11:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





GOVERNO MUNICIPAL DE IGARASSU

## Secretaria de Saúde



### Pacientes:

Carlo

### Prontuário:

Data:

24/09/19

### Assinatura

Dr. Washington F.S. Neves  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/PE: 6.000



Av. Dr. Sé Pereira - Centro - Igarassu - PE. CEP. 53600-000 CGC: 12.052.214.0001-00  
Fone/Fax: 3543-0566 - E-mail: [uhiguarassu@hotmail.com](mailto:uhiguarassu@hotmail.com)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:11  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111174400000070752907>  
Número do documento: 20120716111174400000070752907

Num. 72170666 - Pág. 15



CR

**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



### Informações do Atendimento

Consulta.....: 30/07/2018 7:00 Hr  
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
Médico.....: 360 - FRANCISCO DE ASSIS BEZERRA FILHO  
Agenda.....: 41978

### Informações do Paciente

Paciente.....: 1639386 Same.....:  
Nome.....: JACIARA ALVES DA SILVA  
Sexo.....: FEMININO  
Fone.....: Residencial: (81) - 985042062 / Celular: () - Nasc.....: 16/08/1957  
Endereço.....: RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 169 - CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU - PE - Cep: 54600-000  
Cidade.....: IGARASSU

Agendado por: BANIELLERASN

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



## FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 464717

Nome: FRANCIA MACHADO DA SILVA

Foi atendido às 15:35h, no dia 04/07/18

## Diagnostic Proxys

TRATURA ARCO COSTAIS OS-  
EN ARCOOS POÉ ACIDONTE

#### Tratamento Realizado:

- AVVINGÃO OSPECIAZI POMA  
- TOMO ORARIAS

Observação: ACTA 09/07/18

REPOUSO FOR OF(SOTB) DIS

Cópia de

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à compra online.



Atendimento: 1317394

Senha da Classificação:

**0179**

Data e Hora: 04/07/2018 11:50

Paciente: 479652 JACIARA ALVES DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 16/08/1957 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: AVELINA GOMES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: 8 TRAVESSA JACOB PINTO D --

169

Bairro: CRUZ DO REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE Cep: 53625219

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

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

Queixa Principal

Febre e perda de peso  
e falta de sono

Exame Físico

Exame geral regular  
sem alterações na fundo  
de olho e ossos

Hipótese Diagnóstico

Sintomas de anorexia

Conduta Terapêutica

HC 6

12:30

Prescrição Médica

S. F. 04/07/2018  
C. I. T. A. M. S. 2018  
Dr. Josefa C. B. da Cunha  
CRM-PE 07-6000

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Senha: \_\_\_\_\_

Transferido:

Para: \_\_\_\_\_

Carimbo/Médico



1317394





Número: **0027679-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

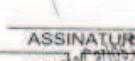
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JACIARA ALVES DA SILVA (AUTOR)	ELAINE PANTALEAO DA SILVA (ADVOGADO) EMANUELLE ALVES DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72170 670	07/12/2020 16:11	<a href="#">Recibo de Apresentação de Parte 2</a>	Outros (Documento)

 <b>GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE - SES</b> <b>HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</b> <b>RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>	
Nome Completo : _____	
CRM	UF :
End.	Nº _____
Cidade :	UF :
Telefone :	
Paciente : <u>70</u> Anos <u>Alen do Sil</u> Endereço : _____	
Prescrição : <u>Rx 1500</u> <u>1) Phenacetin + paracetamol (PACO) 1500</u> <u>1000 mg x 1000 mg 4/4h 30/30</u>	
DATA : <u>9.7.12</u>	ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO 
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>	
Nome : _____	
Ident. : _____ Org. Emissor : _____	
End. : _____	
Cidade : _____ UF : _____	
Telefone : _____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b>	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	
DATA : <u>11/11/12</u>	
<b>1ª VIA FARMÁCIA</b>	
<b>2ª VIA PACIENTE</b>	

Geol. 0339

RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAS	
Paciente:	Alcina Alves d.
Clínica:	S. L.
Registro:	Box/Leito/Enfermeira
Data: 10/03/11	
Início: 10/03/11	
Sessão: 100	
Duração: 8'30"	
$\frac{14}{15}$	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

Num. 72170670 - Pág. 1



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
EXAMES COMPLEMENTARES



Nome:	Ariane Alves S. de S.		Idade:
Registro:	1863186	Box/Leito/Enfermaria:	Clinica/Setor:
Exames Solicitados:	- Densitometria óssea -		
Dados Clínicos:	- Fratura de sacro esquerdo - Fratura de pubis		
Data:	19/03/19	Hora:	Ass. Carimbo/Requisitante

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0127

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:	Ariane Alves	Registro:
Clinica:	2.8.6	Box/Leito/Enfermaria:

Fratura sacro  
Fratura do sacro  
+ Fratura  
do pubis + Fratura  
do sacro + Fratura  
com descolamento  
funcional

19/03/19

19/03/19

Ass. Carimbo  
CRM: 3372

Ass. Carimbo

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:	Ariane Alves	Registro:
Clinica:	2.8.6	Box/Leito/Enfermaria:

Fratura sacro  
Fratura pubis

Fratura sacro  
Fratura pubis

30  
57  
78

Ass. Carimbo  
CRM: 3372

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo





## FICHA DE ENCAMINHAMENTO

### IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE

<sup>1</sup> CNES:	<sup>1</sup> Nome:	<sup>1</sup> Telefone do prof.:
<sup>2</sup> Nome do profissional:		
<sup>3</sup> Nome do ACS:		<sup>3</sup> Telefone do ACS:
IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO:		
<sup>7</sup> Cartão SUS:	<sup>7</sup> Data de Nasc.:	<sup>7</sup> Sexo: ( ) M ( ) F
<sup>11</sup> Nome do usuário:		<sup>11</sup> Nº Prontuário:
<sup>12</sup> Nome Social:		<sup>11</sup> Telefone:
<sup>14</sup> Nome da mãe:		
<sup>15</sup> Endereço:		
<sup>16</sup> Ponto de Referência:		
<sup>17</sup> Hipótese diagnóstica:		
<sup>18</sup> Descrição do caso/situação:		

Brasília d-Real

5-66  
66-62

Carolina

05-06-2016

<sup>19</sup>Procedimento necessário (Consulta/exame):

**ATENÇÃO: NÃO ENTREGAR PARA O USUÁRIO! ENCAMINHAR A FICHA PARA A CRMI**

<sup>20</sup>Observações:

**ATENÇÃO: NÃO ENTREGAR PARA O USUÁRIO! ENCAMINHAR A FICHA PARA A CRMI**

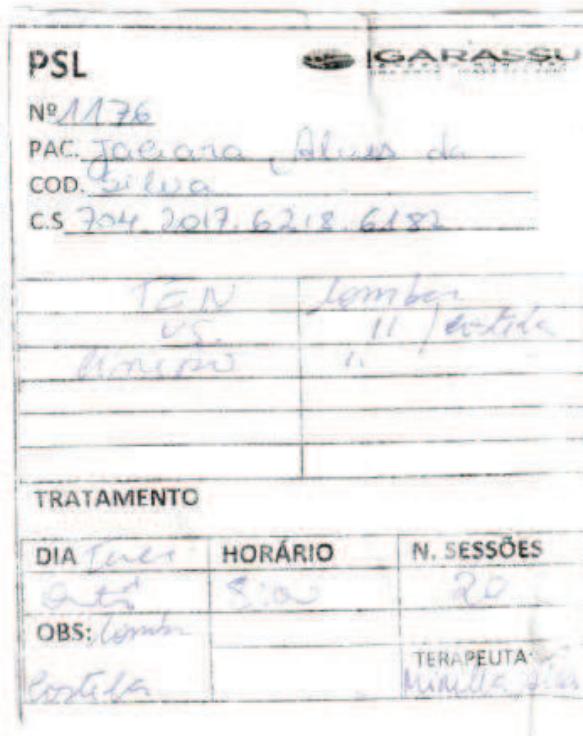
<sup>21</sup>Data da Solicitação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<sup>22</sup>Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

### AUTORIZAÇÃO/AGENDAMENTO

<sup>23</sup> Nº da chave:	<sup>23</sup> Data do agendamento:	<sup>23</sup> Hora do atendimento:
<sup>24</sup> Unidade Executante:		<sup>24</sup> Nome do profissional:
<sup>25</sup> Nome do procedimento:		
<sup>26</sup> Endereço:		
<sup>27</sup> Observações:		







Diagnosticos Imagem

Tomografia Computadorizada

Tomografia Computadorizada Multidetector

Tomografia Computadorizada Multidetector

Tomografia Computadorizada Multidetector

Tomografia Computadorizada Multidetector

Paciente: 555639-Jaciara Alves Da Silva  
Data: 12/08/2019  
Nº Laudo: 12701001  
Dat. Nasc.: 16/08/1957

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

#### TECNICAS DE EXAME

Cortes tomográficos computadorizados obtidos em tomografo multidetector no plano axial, interessando segmento compreendido entre T1 a T12.

#### COMENTARIOS:

Canal raiqueano de configuração anatômica e dimensões normais no segmento avaliado.  
Corpos vertebrais de altura e alinhamento posterior preservados, com osteófitos marginais.  
Não há lesões ósseas com características agressivas.  
Redução dos espaços intervertebrais D2-D3 a D7-D8.   
Não há evidência de herniação ou protrusão discal, seja difusa ou localizada, nos interespacos avaliados.  
Foramens de conjugação livres e com amplitudes preservadas.  
Tecidos moles para-vertebrais sem alterações.

Observação: Protrusões discais pôstero-medianas em C5-C6 e C6-C7, ambos comprimem a face ventral do saco tecal.

Dr Rodrigo de Paula CRM PE - 11074

Rua Duque de Caxias, 110 - Centro | Rio de Janeiro - RJ  
021 2111-2120 | 021 971 3445 0220

Serviço de Imagens Radiográficas do Paço  
[www.sirdiagnosticos.com.br](http://www.sirdiagnosticos.com.br)

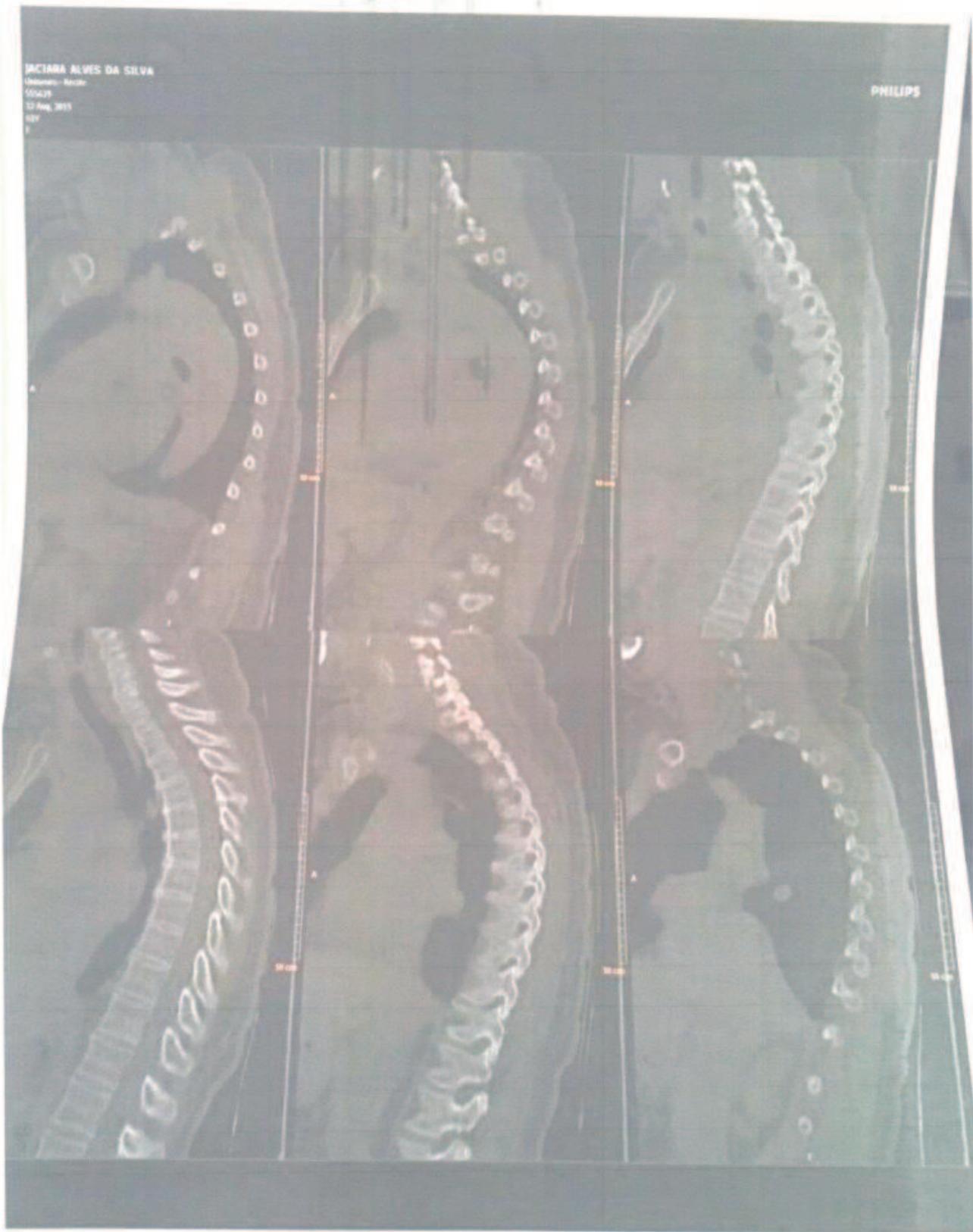


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

Num. 72170670 - Pág. 5

SIR

Tomografia Multislice • Ressonância Magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria Óssea • Raio-X



SIR - Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68 - Fone: (81)3446-1220 - [www.sirdiagnosticos.com.br](http://www.sirdiagnosticos.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

Num. 72170670 - Pág. 6



SIR - Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68 - Fone: (81)3445-1220 - [www.sirdiagnostico.com.br](http://www.sirdiagnostico.com.br)

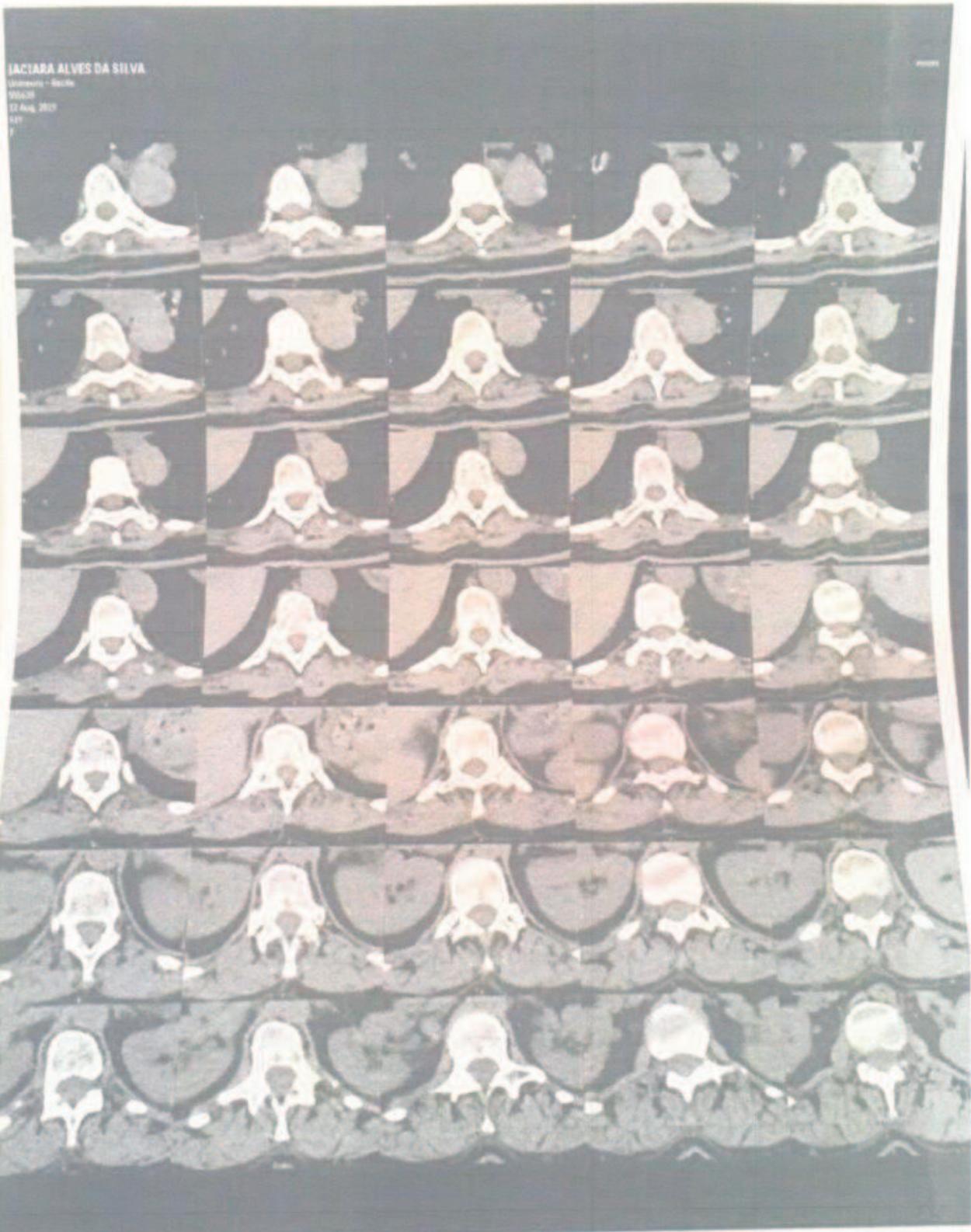


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

Num. 72170670 - Pág. 7

**SIR**

Tomografia multislice • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria Óssea • Raio-X



SIR - Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68 - Fone: (81)3445-1220 - [www.sirdiagnosticos.com.br](http://www.sirdiagnosticos.com.br)

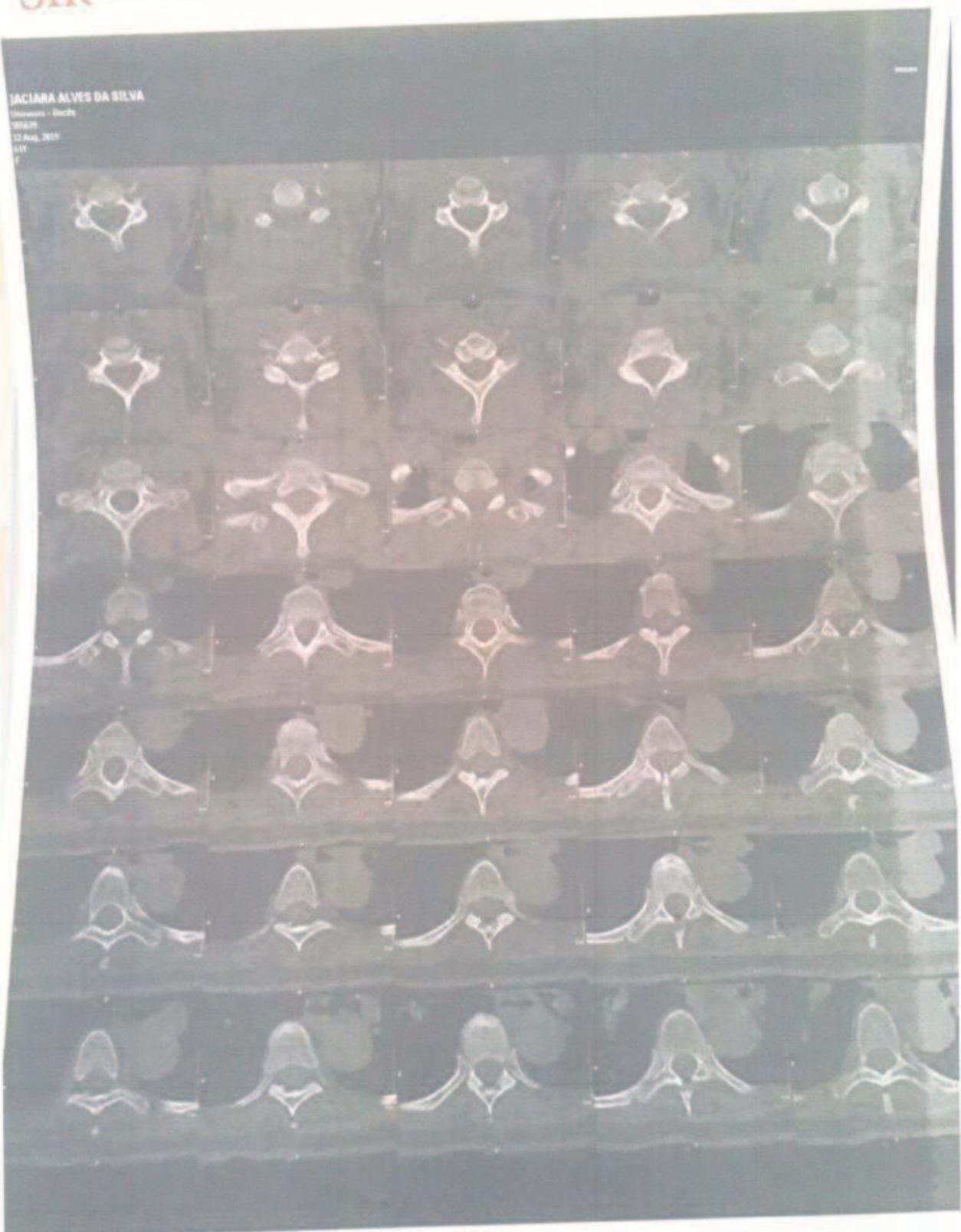


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

Num. 72170670 - Pág. 8

SIR

Tomografia morsíope • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria Óssea • Raio-X



SIR - Rua Monsenhor Ambrósio Lobo, 68 - Fone: (81) 3445-1220 - [www.sirdiagnosticos.com.br](http://www.sirdiagnosticos.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

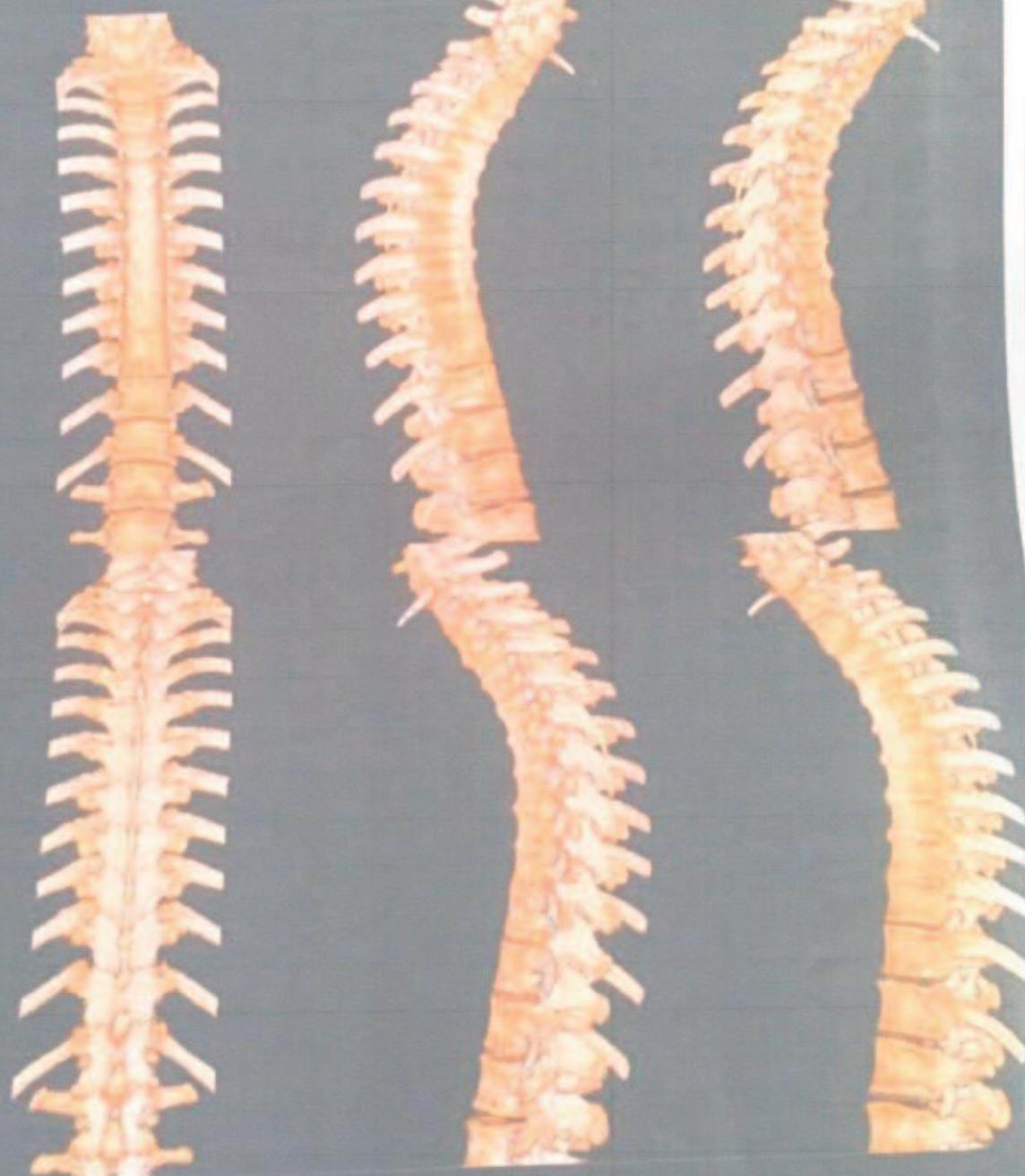
Num. 72170670 - Pág. 9

CTG  
GIA

Tomografia Multislice • Resonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria Óssea • Raio-X

PHILIPS

MICHAELA ALVES DA SILVA  
Gestante - 36 sem  
11/04/2015  
12 Anos 2015  
F/F



SIR - Rua Monsenhor Ambrosiano Leite, 68 - Fone: (81)3445-1220 - [www.sirdiagnosticos.com.br](http://www.sirdiagnosticos.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

Num. 72170670 - Pág. 10

SIR

Tomografia Multislice • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria Óssea • Raio-X



SIR - Rua Munderíng Ambrosiano Lobo, 685 - Fine - (RJ) 2445-1220 - [www.sirdiagnóstico.com.br](http://www.sirdiagnóstico.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

Num. 72170670 - Pág. 11

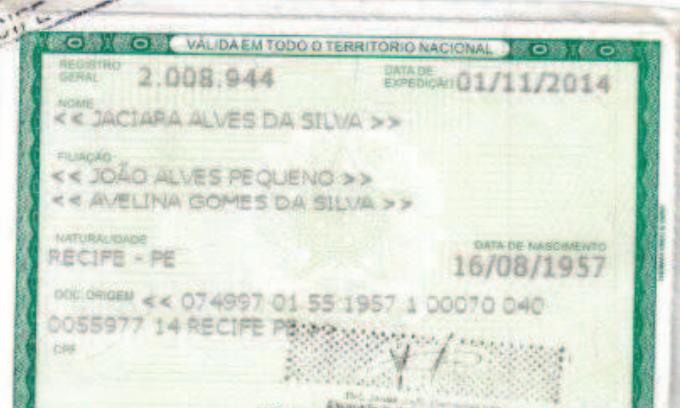


S.R - Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68 - Fone: (81)3445-1220 - [www.sinodagnostico.com.br](http://www.sinodagnostico.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

Num. 72170670 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

Num. 72170670 - Pág. 13

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190673296      **Cidade:** Olinda      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JACIARA ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 04/07/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de arcos costais à esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima com expansibilidade torácica preservada, sem limitação.

**Resultados terapêuticos:** Suporte clínico, analgesia, fisioterapia. Alta há cerca de 4 meses.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 13/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima com exame demonstrando alteração discal em coluna. Não há como determinar nexo, uma vez que não há comprovação de lesão em coluna decorrente do trauma.

**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



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190673296      **Cidade:** Olinda      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JACIARA ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 04/07/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 05/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PG 5 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

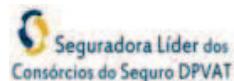
**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429856/19

**Vítima:** JACIARA ALVES DA SILVA

**CPF:** 801.668.574-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/07/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Titular do CPF:** JACIARA ALVES DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JACIARA ALVES DA SILVA : 801.668.574-91**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019  
Nome: JACIARA ALVES DA SILVA  
CPF: 801.668.574-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

JACIARA ALVES DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 16:11:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120716111199200000070752911>  
Número do documento: 20120716111199200000070752911

Num. 72170670 - Pág. 16

**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: **3190673296**

Nome do(a) Examinado(a): **JACIARA ALVES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R JOSINA MARIA DE VASCONCELOS, 176 - Igarassu - PE - CEP 53625-055**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **2008944**

Data e local do acidente: [ **04/07/2018** ] **Olinda, PE**

Data e local do exame: [ **13/12/2019** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura de arcos costais à esquerda.*

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

*Ao exame, vítima com expansibilidade torácica preservada, sem limitação.*

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

[  ] Sim [  ] Não

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

*Supor te clínico, analgesia, fisioterapia. Alta há cerca de 4 meses.*

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

[  ] Sim [  ] Não

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

**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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.

*Vítima com exame demonstrando alteração discal em coluna. Não há como determinar nexo, uma vez que não há comprovação de lesão em coluna decorrente do trauma.*



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

