



Número: **0020554-21.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDUARDO SILVA FRANCA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanne Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66488 341	18/08/2020 10:52	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127265

Cidade: Cupira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO SILVA FRANCA

Data do acidente: 26/09/2019

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos
complementares:

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 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





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 Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127265

Vítima: EDUARDO SILVA FRANCA

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO SILVA FRANCA

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 15647247

Pag. 0101301014 - carta_01 - INVALIDEZ

00010907





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, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127265

Vítima: EDUARDO SILVA FRANCA

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO SILVA FRANCA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDUARDO SILVA FRANCA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000107595-0

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. 0006000066 - cartão 15R - INVALIDEZ

00020203



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AGL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima:

126.278.214-74 Eduardo Silva Franca

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Eduardo Silva Franca 126.278.214-74 Recusado-se AV. Joaquim Inacio 571 Nova Horizonte Cupira PE 55460-000 (81) 9.9258-3087

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo / Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 407595 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 do 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.

Peço, 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 dos 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 contestação, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 herdeiros (se não)? ☐ 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 aqueles 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Cupira 28/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ANEXO 1





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 094ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUIRA - DP94ªCIRC
DINTER/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0184000960**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/10/2019** às **10:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CUIRA, 1, POR TRÁS DO FORUM DE CUIRA** - Bairro: **CENTRO - CUIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **CALCADA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
EDUARDO SILVA FRANÇA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**

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

EDUARDO SILVA FRANÇA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARCIA BARROS DA SILVA** Pai: **ANTONIO GILMAR DE FRANÇA** Data de Nascimento: **30/6/1999** Naturalidade: **CUIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10090421/SDS/PE (RG), 12627821474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **97404247**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CUIRA, RUA RUI BARBOSA, N. 10, NOVO HORIZONTE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CUIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO SILVA FRANÇA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BEGE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA ANDANDO PELA CALÇADA QUANDO UM CARRO FIESTA ESTAVA SAINDO DA GARAGEM. ADUZ A VÍTIMA QUE QUANDO VIU O CARRO TENTOU SAIR, MAS CAIU NO CHÃO, TENDO O CARRO PASSADO POR CIMA DA SUA PERNA ESQUERDA. A CONDUTORA DO VEICULO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, MAS A VÍTIMA FOI CONDUZIDA POR UM AMIGO ATÉ O HOSPITAL DE CUIRA, SENDO



DEPOIS TRANSFERIDO PARA O REGIONAL DE CARUARU E, POSTERIORMENTE, PASSOU POR UMA CIRURGIA NO HOSPITAL DE BEZERROS. SEM MAIS A INFORMAR!!

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

EDUARDO SILVA FRANÇA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RODRIGO CESAR MERTENS FITTIPALDI** - Matrícula: **3873617**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AGL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima:

126.278.214-74 Eduardo Silva Franca

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Eduardo Silva Franca 126.278.214-74 Recusado-se AV. Joaquim Inacio 571 Nova Horizonte Cupira PE 55460-000 (81) 9.9258-3087

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo / Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 407595 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 do 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.

Peço, 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 dos 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 discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 herdeiros (se não)? ☐ 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 aqueles 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Cupira 28/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura





Terça-Feira, 20 de Março de 2020 10:52:31

Nota Fiscal nº 142824 - Cliente: J. CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Gratuito - Faturamento Mensal
Av. João de Deus, 111 - São João, P. 05 - CEP 05055-002
CNPJ 06.855.000/0001-06 - Ins. Est. 000595433 - Nota Fiscal Eletrônica

DADOS DO CLIENTE
JUNIOR CORDEIRO DA SILVA DE MELLO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV. JOAQUIM NACIO 171

CPF 082.994.284-71

NOME HABILITANTE: J. CORDEIRO
CEP 05460-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

7008631403	10/2010
21/10/2019	13/11/2019
107,55	

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019
14/03/2019	14/03/2019	14/03/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Residencial	100 (100,00)	0,010755	1,0755
Acrescimo Ganho de Aluguel			0,47
Acrescimo Ganho de Aluguel			0,30
Contrib. Rum. Pública Municipal			0,00
KMS (Imposto de Renda)			0,00
Reajuste de Unidade Consumidora			0,00
Multa por atraso (R\$ 0,0000000 - 0,0000000)			0,00
Juros (R\$ 0,0000000 - 0,0000000)			0,00

TOTAL DA FATURA: 107,55

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA DE EMISSÃO	LEITURA	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	Nº DO CONTADOR	CONTADOR	CONTADOR
2111111	12	14/03/2019	1270,00	14/03/2019	1270,00	1270,00	1270,00	1270,00

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE RECEBIMENTO	DATA DE DEVOLUÇÃO	DATA DE DEVOLUÇÃO	DATA DE DEVOLUÇÃO	DATA DE DEVOLUÇÃO	DATA DE DEVOLUÇÃO
08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019

Assinatura eletrônica: J. CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 21/03/2020 10:52:31

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE RECEBIMENTO	DATA DE DEVOLUÇÃO	DATA DE DEVOLUÇÃO	DATA DE DEVOLUÇÃO	DATA DE DEVOLUÇÃO	DATA DE DEVOLUÇÃO
08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019	08/07/2019





Centro de Urgência e Atendimento

COMPREV VIDA E FREQUÊNCIA

21 MAR 2020

PROTOCOLO

FICHA DE ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO: 153879 IDADE: 20 ano(s) 3mês(es) 26 dia(s)

NOME: EDUARDO SILVA FRANCA

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1999

MÃE: MARCIA BARROS DA SILVA

CIDADE: CUIRÁ

ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA

Nº 10

BAIRRO: NOVO HORIZONTE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO (A)

DOCUMENTO: SUS 161 1903 5665 0003

PROFISSÃO:

TÉCNICO:

ENFERMEIRO:

MÉDICO:

ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

DATA:	ATENDIMENTO Nº	MOTIVO
26/09/2019	153879	Pac. vítima de acidente, refere CONSULTA leve contusão de cano ci nato, e
29/07/2019	147122	QUEDA em queda, SIC, o mesmo para
23/10/2017	81830	CONSULTA por uma da MIE. Este apresent

INFORMAÇÕES

HORÁRIO	PA	TEMPERATURA	PULSO	PESO	HGT	ASSINATURA
---------	----	-------------	-------	------	-----	------------

Queixas / Diagnóstico:

Tratamento:

(Atendimento p/ cano ci nato)

Exames Complementares:

Impressão diagnóstica:

Outras informações:

Motivo da Saída: () Residência () Internado () Encaminhado:

() Curativo () Nebulização () Med. Básico () Med. Espec. () Retirada de Ponto

() Urgência Básica () Urgência Especializada () Observação Básica () Observação Especializada

Assinatura do Técnico:

Assinatura do Médico:

26/09/2019 13:44:40





[illegible]

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito (☒) Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
(☒) Transferência: ATI () Internamento _____

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: / / Hora: Médico: CRM:

26/09/2019 16:22:03
2 de 2

Usuario do Atendimento
MEYDSONWBC

Bezerra



Data e hora retirada da senha: 26/09/2019 15:46

Nome Paciente:	EDUARDO SILVA FRANÇA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	30/06/1999
Sexo:	Masculino
Idade:	20
Senha:	U0032
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 26/09/2019 16:12 - 26/09/2019 16:14

CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MIE. RAIO-
X EVIDENCIANDO FRATURA DE TIBIA FECHADA EM MIE. NEGA ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es):
- DEFORMAÇÃO?
- EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/09/2019 16:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710104101791313177615119

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/06/999 - SEXO
Masculino ☒ 1
Feminino ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Marcia Barros da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO
AP DO TELEFONE14 - TELEFONE DE CONTATO
AP DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Rui Barbosa - Novo Horizonte**NOVO**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cupira

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAS DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



HOSPITAL JE
PEQUENINO
BEZERROS -
3728-1099
3728-1586



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Elaine Silva Farias

RG: 122261

DATA DE NASCIMENTO: 01.06.1995

DATA DA CIRURGIA: 30.09.2019

DIAGNÓSTICO: Lesão por estresse (LPE)
do 2º grau, com S.A. 30.3

TRATAMENTO: Captação e HBT

DATA DE EXAME: 14.10.2019 - 600

MOTIVO DO RETORNO: Retorno PIS

La Elaine Mendes por lesão
na útero e ovário

Assinado eletronicamente
por ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em 18/08/2020 às 10:52:31



HOSPITAL JESUS
PEQUENINO
BEZERRAS - PE
3728-1099
3728-1586



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Elaine Silva Farias

REG.: 127761

DATA DE NASCIMENTO: 30.06.1995

DATA DA CIRURGIA: 30.09.2019

DIAGNÓSTICO: Fratura de humero (LH)
do tipo torçao em 15.30.1

TRATAMENTO: Captação e HBT

DATA DO RETORNO: 14/10.2019. Local

MOTIVO DO RETORNO: LA PIS m

Li cinto molles por ferimento
no umbil e umbil m

ASSINADO
TRANSMISSÃO
GRUPO MIO





HOSPITAL
JESUS PEQUENO

NOME: Elton de Souza F. Silva

LAUDO MÉDICO

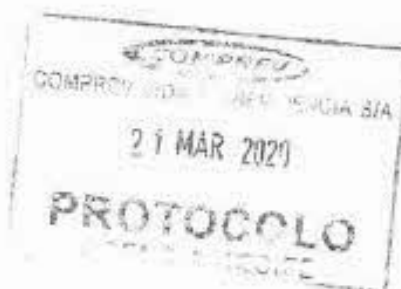
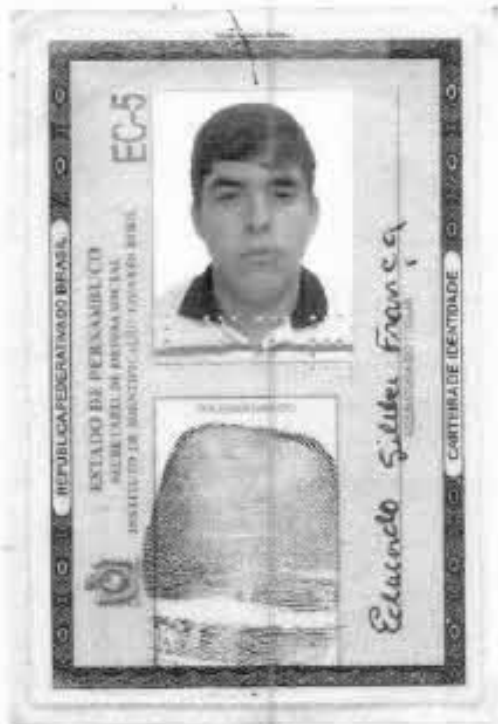
O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o
diagnóstico de fratura da perna esquerda e fratura da mão
submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

20/08/2020 atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial

Por oportuno pedimos com
seu respeito a 18/08/2020
R. O. por favor em ambulatorio
R.D. por favor ambulatorio

18/08/2020
Atestado por Dr. Elton de Souza F. Silva
01/09/2020
At. E. Silva





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127265

Cidade: Cupira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO SILVA FRANCA

Data do acidente: 26/09/2019

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos
complementares:

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 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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100463/20
Vítima: EDUARDO SILVA FRANCA
CPF: 126.278.214-74
CPF de: Próprio
Data do acidente: 26/09/2019
Titular do CPF: EDUARDO SILVA FRANCA
Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO SILVA FRANCA : 126.278.214-74

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: 21/03/2020
Nome: EDUARDO SILVA FRANCA
CPF: 126.278.214-74

EDUARDO SILVA FRANCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

