



Número: **0030689-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77573685	25/03/2021 10:12	Microsoft Word - 2746278_APELACAO	Petição em PDF



EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO A

PROCESSO: 00306899220208172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 15 de março de 2021.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 25/03/2021 10:12:49
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510124943300000076000461>
Número do documento: 21032510124943300000076000461

Num. 77573685 - Pág. 1

PROCESSO ORIGINÁRIO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE / PE

Processo n.º 00306899220208172001

APELANTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

APELADA: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

RAZÕES DO RECURSO

COLEDA CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

A sentença proferida no juízo “a quo” merece ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos e fundamentada em afronta as normas legais aplicáveis.

BREVE RELATO DOS FATOS

Cuida-se o feito de ação de cobrança de seguro DPVAT, em que o recorrido, alega na peça vestibular ter sofrido acidente de trânsito em 22/03/2018.

Aduz ainda, que, em razão do sinistro noticiado nos autos é portador de invalidez permanente, tendo se submetido a exame pericial.

Por fim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido, ajuizou a presente lide pleiteando verba indenizatória do Seguro DPVAT.

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando todas as teses lançadas na defesa da Demandada, assim, julgou a lide parcialmente procedente, em desfavor da Recorrente, condenando-a a indenizar a parte Apelada, a título de seguro DPVAT, nos seguintes termos:

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



15. Ante o exposto, com fundamento no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, bem como art. 3º, inciso II, e seu §1º, inciso II da lei n. 6.194/1974, resolvendo o mérito da ação, **JULGO PROCEDENTE, em parte**, o pedido inicial, e, por conseguinte, CONDENO a seguradora demandada a pagar o valor de **R\$ 5.400,00** (cinco mil e quatrocentos reais), a título de indenização por invalidez permanente provocada por acidente de veículo automotor de via terrestre, a ser **corrigido pela tabela do ENCOGE, a partir da data do evento danoso** (Súmula 580 STJ), e **acrescida de juros moratórios de 1% ao mês, a partir da juntada da contestação (02/09/2020), uma vez que esta foi apresentada antes mesmo de efetivada a citação da ré.**

Data vênia, não houve com o habitual acerto o Ilustre Magistrado *a quo*, pois, conforme se passa a demonstrar, a r. Decisão não guarda sintonia com as questões de fato e de direito ventiladas nos autos.

DA QUITACAO ADMINISTRATIVA

DA LESAO PREEXISTENTE

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

INICIALMENTE, IMPORTANTE INFORMAR QUE A PARTE APELADA JÁ RECEBEU DA APELANTE O VALOR DE R\$7.087,50 REFERENTE À SINISTRO OCORRIDO DIA 11/06/2016, OCASIÃO EM QUE ADQUIRIU LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. (DOC. ANEXO).

DESTA FORMA, RESTA CLARO QUE A LESÃO ALEGADA NA PRESENTE AÇÃO JÁ FORA INDENIZADA PELA APELADA DEVENDO, ASSIM, SER ABATIDO O REFERIDO VALOR.

Sinistro ocorrido em 11/06/2016 – regulação administrativa nº 3160737933 – pagamento no valor de R\$ 7087,50

Sinistro ocorrido em 22/02/2020– regulação administrativa nº 3200221562 – pagamento no valor de R\$ 6.412,50.

Considerando que o laudo **comprova a invalidez permanente de 100% MEMBROS INFERIORES. Vejamos conclusão da perícia:**

Considerações:

O periciando teve grave lesão torácica, abdominal e da coluna vertebral. O tratamento cirúrgico conseguiu salvar a vida do periciando, no entanto ficou como sequela a perda dos movimentos em ambos os membros inferiores.

Considerando a situação clínica, conclui-se que existe danos corporais totais com Perda funcional completa de ambos os membros inferiores (100%).

Resta evidenciado nos autos que a r. decisão, não fez a melhor justiça, data vênia, eis que, **demonstra fundamentação e dispositivo contraditórios**, ferindo o princípio da razoabilidade, razão pela qual, a Embargante opõe o presente, com a finalidade de evitar a condenação injusta e infundada.



Eis que os percentuais apurados de invalidez deveriam ter sido calculados levando em consideração a indenização máxima prevista para as **lesões apuradas** e para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

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

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais	Valor da Indenização
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	das Perdas	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100	R\$ 13.500,00

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

Repercussão	Valor da Indenização
100%	R\$ 13.500,00

Portanto, a apelante esclarece que a verba indenitária deverá respeitar o cálculo apresentado acima, levando em consideração o pagamento realizado na seara administrativa na monta de **R\$ 6.412,50 (seis mil e quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos)** e ainda o pagamento de **R\$ 7087,50 de 75 % dos membros inferiores relativo ao sinistro de 11/06/2016**, **assim sendo o apelado já recebeu o limite máximo indenizável NÃO HAVENDO VALOR ALGUM A COMPLEMENTAR.**

Assim, a presente demanda trata-se indenização securitária em decorrência de lesão preteritamente afetada, ou seja, o Apelado não pode pleitear verba indenizatória de membro com deformidade permanente preexistente!

Assim, é de grande importância este Egrégio Tribunal atentar-se que a parte Apelada já realizou pleito administrativo indenizatório DPVAT em virtude de invalidez permanente decorrente de acidente pretérito.

Não obstante a Apelada traz a colação jurisprudência pátria em caso análogo, como segue:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT. NEXO CAUSAL. NÃO COMPROVAÇÃO. LAUDOS DO IML E DO JUÍZO QUE APONTAM QUE A –LESÃO INCAPACITANTE É ANTERIOR AO ACIDENTE. RECURSO IMPROVIDO. Para que se configure o direito à verba indenizatória do Seguro DPVAT, faz-se necessário que o evento morte ou invalidez haja sido consequência do acidente automobilístico. Ao autor incumbe a comprovação (art. 333, I, CPC) do nexo de causalidade entre a invalidez apresentada e o acidente relatado. Embora não esteja o Juiz adstrito às conclusões do laudo pericial (art. 436 do CPC), deve este ser prestigiado quando inexistente nos autos elementos ou provas capazes de infirmar as assertivas nele lançadas. Concluindo a perícia que a invalidez apresentada é preexistente ao acidente e que restou ausente prova do seu agravamento, a improcedência do pedido se impõe. RECURSO IMPROVIDO.

(TJ-BA - APL: 00801731320118050001 BA 0080173-13.2011.8.05.0001, Relator: Maria do Socorro Barreto Santiago, Data de Julgamento: 18/02/2014, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 19/02/2014)

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



Diante dos fatos aduzidos, resta evidenciado nos autos que a r. decisão, não fez a melhor justiça, data vênia, ferindo o princípio da razoabilidade, razão pela qual, a Apelante opõe o presente Recurso, com a finalidade de evitar a condenação injusta e infundada.

Equivoca-se a parte Autoral quando tenta fazer crer que faz *jus* ao recebimento a nova indenização em grau total, sem atentar-se que já recebeu conforme a Lei 11.945/2009 em que nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber 2 (DUAS) VEZES este valor alegando novo sinistro e nova lesão.

Portanto, não há qualquer valor a ser indenizado ao Apelado em relação ao sinistro noticiado nos autos, pois, se assim fizéssemos ESTAREMOS PAGANDO 2(DUAS) VEZES PARA UM SINISTRO DE INVALIDEZ, A PARTE APELADA MAIS DO QUE A LEI PREVÊ PARA PAGAMENTO POR MORTE POR EXEMPLO, para corroborar com o alegado.

Desta forma, requer a Apelante que seja a referida SENTENÇA REFORMADA *IN TOTUM*, a fim de que sejam julgados improcedentes os pedidos da Apelada.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Apelante no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “*a quo*”, dando provimento ao presente recurso, para:

Que a indenização seja apurada com base no valor do salário mínimo vigente na data do evento danoso nos termos da Lei que rege a matéria.

Aplicação da Súmula 580 do STJ, para que o marco inicial da correção monetária seja a data do sinistro.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 15 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**, em curso perante a **19ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00306899220208172001.

Rio de Janeiro, 15 de março de 2021.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0030689-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77573686	25/03/2021 10:12	ANEXO 1	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

BANCO DO BRASIL		001-9		00190.00009 03106.434008 00682.280177 5 85900000023445	
Local Pagamento				Vencimento	
Pagável em qualquer banco até o vencimento				14/04/2021	
Cedente				Agência / Código do Cedente	
Tribunal de Justiça de Pernambuco / Processo Judicial Eletrônico - Recife				3234 / 354800	
Data do Documento	Nº do documento	Espécie DOC	Aceite	Data Process.	Nosso Número
15/03/2021	682280	DS	N	15/03/2021	31064340000682280
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(=) Valor do Documento
17	R\$				R\$ 234,45
Instruções - Sr. caixa, não receber após o vencimento. - O boleto pode demorar em torno de 1 hora e 30 minutos para ser reconhecido pelo banco para que assim você possa efetuar o pagamento.				(-) Desconto / Abatimento	
Natureza da Ação: Nº do Processo: 00306899220208172001 Base de cálculo R\$ 7.528,17				(-) Outras Deduções	
Qtd	Descrição	Valor Unit.	Valor Total		
1	Taxa judiciária 1% sobre a base de cálculo	R\$ 75,28	R\$ 75,28	(+ Juros / Multa	
1	Custas 2% sobre a base de cálculo	R\$ 159,17	R\$ 159,17	(-) Outros Acréscimos	
Total R\$ 234,45				(-) Valor Cobrado	
Tarifa Banco R\$ 0,00				R\$ 234,45	
Sacado					
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A / CNPJ 09248608000104					
Sacador / Avalista					

BANCO DO BRASIL		001-9		00190.00009 03106.434008 00682.280177 5 85900000023445	
Local Pagamento				Vencimento	
Pagável em qualquer banco até o vencimento				14/04/2021	
Cedente				Agência / Código do Cedente	
Tribunal de Justiça de Pernambuco / Processo Judicial Eletrônico - Recife				3234 / 354800	
Data do Documento	Nº do documento	Espécie DOC	Aceite	Data Process.	Nosso Número
15/03/2021	682280	DS	N	15/03/2021	31064340000682280
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(=) Valor do Documento
17	R\$				R\$ 234,45
Instruções - Sr. caixa, não receber após o vencimento. - O boleto pode demorar em torno de 1 hora e 30 minutos para ser reconhecido pelo banco para que assim você possa efetuar o pagamento.				(-) Desconto / Abatimento	
Natureza da Ação: Nº do Processo: 00306899220208172001 Base de cálculo R\$ 7.528,17				(-) Outras Deduções	
Qtd	Descrição	Valor Unit.	Valor Total		
1	Taxa judiciária 1% sobre a base de cálculo	R\$ 75,28	R\$ 75,28	(+ Juros / Multa	
1	Custas 2% sobre a base de cálculo	R\$ 159,17	R\$ 159,17	(-) Outros Acréscimos	
Total R\$ 234,45				(-) Valor Cobrado	
Tarifa Banco R\$ 0,00				R\$ 234,45	
Sacado					
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A / CNPJ 09248608000104					
Sacador / Avalista					

BANCO DO BRASIL		001-9		00190.00009 03106.434008 00682.280177 5 85900000023445	
Local Pagamento				Vencimento	
Pagável em qualquer banco até o vencimento				14/04/2021	
Cedente				Agência / Código do Cedente	
Tribunal de Justiça de Pernambuco / Processo Judicial Eletrônico - Recife				3234 / 354800	
Data do Documento	Nº do documento	Espécie DOC	Aceite	Data Process.	Nosso Número
15/03/2021	682280	DS	N	15/03/2021	31064340000682280
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(=) Valor do Documento
17	R\$				R\$ 234,45
Instruções - Sr. caixa, não receber após o vencimento. - O boleto pode demorar em torno de 1 hora e 30 minutos para ser reconhecido pelo banco para que assim você possa efetuar o pagamento.				(-) Desconto / Abatimento	
Natureza da Ação: Nº do Processo: 00306899220208172001 Base de cálculo R\$ 7.528,17				(-) Outras Deduções	
Qtd	Descrição	Valor Unit.	Valor Total		
1	Taxa judiciária 1% sobre a base de cálculo	R\$ 75,28	R\$ 75,28	(+ Juros / Multa	
1	Custas 2% sobre a base de cálculo	R\$ 159,17	R\$ 159,17	(-) Outros Acréscimos	
Total R\$ 234,45				(-) Valor Cobrado	
Tarifa Banco R\$ 0,00				R\$ 234,45	
Sacado					
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A / CNPJ 09248608000104					
Sacador / Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2021 10:12:49
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510124962100000076000462>
Número do documento: 21032510124962100000076000462



Guia - Ficha de Compensação

N° DA PARCELA			N° DA CONTA JUDICIAL	
			0	
DATA DO DEPÓSITO		AGÊNCIA (PREF / DV)		TIPO DE JUSTIÇA
18/03/2021		0		ESTADUAL
DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO		
18/03/2021	682280	00306899220208172001		
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
PE	Vara Cível	RÉU	234,45	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A		Jurídica	09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO		FÍSICA	03659012459	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
C6F119C6A055D382				
CÓDIGO DE BARRAS				
00190.00009 03106.434008 00682.280177 5 85900000023445				





Número: **0030689-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77573687	25/03/2021 10:12	ANEXO 2	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10207728

A/C: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160737933 ASL-1190291/16
Vitima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Data Acidente: 11/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00333/00334 - carta_01



Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10235049

A/C: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Sinistro: 3160737933 ASL-1190291/16
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Data Acidente: 11/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

PORTADOR(A) DO RG Nº 5105361 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 02/02/2015
CPF 030590184-59 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO CHEFE DE TRANS
E RENDA MENSAL DE R\$ REPOUSEI (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXANDRE L. DA CONCEICAO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3208-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0090800-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 05 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 05 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 05

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife, 22 de Novembro de 2016

LOCAL E DATA

Alexandre Luiz da Conceicao

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou tique para o SAC DPVAT 0800-0221204.







https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510124979300000076000463

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 11ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12CIRC

DIN/4ª DESEC

323432

1190291116

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0102003862

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/08/2016 às 10:45

Complemento e Bô Número: 16E0102003861

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 14/06/2016 às 08:16

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BELEN DE JUDA, 1 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DELEGADO JUIZ (AUTOR AGENTE)
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO, (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

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

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** - Mãe: **SEVERINA LUIZA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **30/03/1998** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residência: **AVENIDA BELEN DE JUDA, 1a - CEP: 55066-600 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**, que estava em posse do(s) Sr(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGF5794** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano de Registro/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

DIZ A VÍTIMA QUE AO PILOTAR SUA MOTOCICLETA A MESMA DESAPROU E CAIU SOBRE O SR. ALEXANDRE, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA ESPERANÇA. A VÍTIMA PASSOU POR CIRURGIA E SOFREU UM LACER NA PERNA DIREITA. ATENÇÃO: NÃO HOUVE REIMPRESSÃO POIS NÃO HOUVE CONHECIMENTO NA DATA E HORA DO FATO.



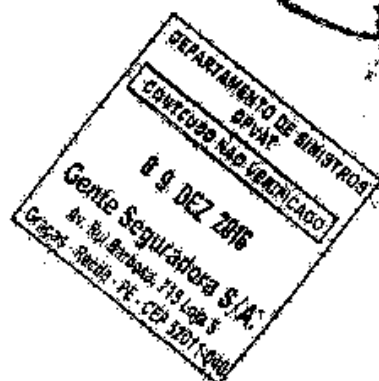
Relatório de Ocorrência

Página 7 de 7

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


ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
(VITIMA)

D.O. registrado por: LADILSON NEVES CAVALCANTE DE LIMA JUNIOR - Matrícula: 2206225



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO, portador da carteira de identidade nº 5105361 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 036.590.124-59, residente e domiciliado na AV. BELEM DE JUDA, Nº 58 - DOIS CARNEIROS/CAVALEIRO Cidade JAIBOTÃO, Estado PERNAMBUCO, 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:

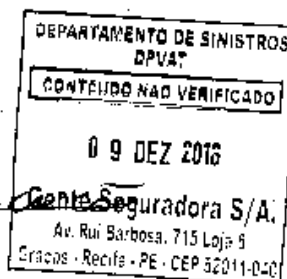
- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexandre Luiz da Conceição

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Recife, 22 de Novembro, 2016

Local e data





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SANTA CASA
DE AMBULÂNCIAS DO RECIFE



Nome: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nº registro: 511465

Dt. Nasc.: 02/06/79 - 37 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SEVERINA LUIZA DA CONCEIÇÃO

Fone: 81 8425-4155

Endereço: AV BELÉM DE JUDÁ, nº 58, ALTO DOIS CARNEIROS, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 11/06/2016 - 06:16 **Nº pág.:** 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO :

AMBULÂNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PCT FEZ USO DE ALCOOL RELATA QUEDA DE MOTO EM BAIXA VELOCIDADE

ESTAVA DE CAPACETE CAIU DE LADO E A MOTO CAIU SOBRE SUA PERNA DIREITA.

APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MEMBROS

NEGA TCE OU PERDA DE CONCIÊNCIA OU TRAUMA EM COLUNA. PACIENTE APRESENTA RAIOS X

EVIDENCIANDO FRATURA EM TÍBIA DIREITA COMPLETA, COMO PACIENTE APRESENTA LACERAÇÃO DE PARTES MOLES, CONSIDERAR POSSIBILIDADE DE FRATURA EXPOSTA.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

EGR, EUPNEICO E AFEBRIL

ESCORIAÇÕES EM MEMBROS

MOVIMENTOS PRESERVADOS EM COLUNA E QUADRIL SEM DOR

PERNA DIREITA COM EDEMA 1/4- ESCORIAÇÃO E DIFICULDADE EM MOVIMENTAÇÃO

CONDUTA:

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Temperatura

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

V28 - MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSPORTE SEM COLISÃO | CAPOTAMENTO

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Motivo:

Senha: 1937649

ESTE PACIENTE TEM CONDIÇÕES DE SER TRANSFERIDO POR MEIOS PRÓPRIOS :

Dr. JOSÉ AUGUSTO CALAFELL ROIG TIBURCIO DE M
CRM: 22475

Esta conta dever ser paga com recursos publicos.

Avenida Engenheiro Abdias de Carvalho, nº 1455, Torrões CEP: 50720-635 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

RG nº 5105361, data de expedição 02/02/2015, Órgão SSP/PE

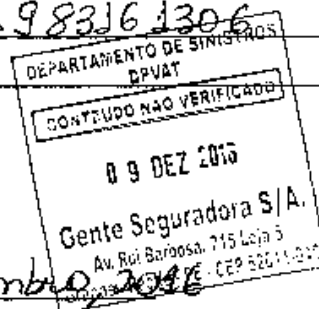
CPF nº 036.590.124-59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. BELEM DE JUDA</u>
Número	<u>Nº 58</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>DOIS CARNEIROS / CAVALHEIRO</u>
Cidade	<u>JABOATÃO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54290-000</u>
Telefone de Contato	<u>81 3126 1167. 81 98316 1306</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 22 de Novembro, 2015

Assinatura do Declarante: Alexandre Luiz da Conceição





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52050-002
CNPJ nº 05.932.001/01-08 | Insc. Est. 0005043-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANDREZA CARLA DE MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. BELEM DE JUDÁ 58

CPF 047.333.034-24

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONOFÁSICO

DI-S CARNEIROS/CAVALEIRO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54290-000

NOTA FISCAL	4000522207	07/2016
DATA DE EMISSÃO	18/07/2016	11/08/2016
TOTAL	14,88	

Nº DA NOTA FISCAL	RECEB	ENDEREÇO
001118887	UNICA	12072018
Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA	
12072018	200700881	1732564

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo (kWh)	30,000000	0,4827450	14,51
Multa por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,27
Juros por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,08
TOTAL DA FATURA			14,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo (kWh)	30,000000	0,4827450	14,51
Multa por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,27
Juros por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,08

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo (kWh)	30,000000	0,4827450	14,51
Multa por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,27
Juros por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,08

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo (kWh)	30,000000	0,4827450	14,51
Multa por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,27
Juros por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,08

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo (kWh)	30,000000	0,4827450	14,51
Multa por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,27
Juros por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,08

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo (kWh)	30,000000	0,4827450	14,51
Multa por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,27
Juros por atraso NF 001085339 - 10/08/16			0,08

CAIXA L

CAIXA Loterias

13 VIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ar

203-564471414-0

21/01/2016

HORA DE 11:34:15

LOT. 15.14143-2

LOCALIDADE: RECIFE

AG. VINCULADA: 0045

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 14,86

838080000009 148600110045

000522207103 040898440431

203-564471414-0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-610



04/08/2016

Via para Pagamento de Conta de Energia

Documento de referência



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grup

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE SAUS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.942/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0065943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 - PROMITIDA 116
Atendimento ao cliente: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 282 5555
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE GISELLE VALÊNCA DE MEDEIROS	DATA DE VENCIMENTO 04/08/2016	DATA EMISSÃO DA ROTA FISCAL 21/07/2016 DATA DA APRESENTAÇÃO 28/07/2016 NÚMERO DA NOTA FISCAL 002683800	CONTA CONTRATO 2525983016 CLASSIFICAÇÃO COMERCIAL Monofásico B3
ENDEREÇO RUA FRANCISCO ALVES 105 - PR. AP-104 - COND. EDIF. SIGMA TRADE CENTER - ILHA DO LEITE/RECIFE - 50070-490 RECIFE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 163,62		
PERÍODO CONSUMO 21/06/2016 a 21/07/2016	CONSUMO 214		

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota: 25,00 valor do imposto R\$ 35,65

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

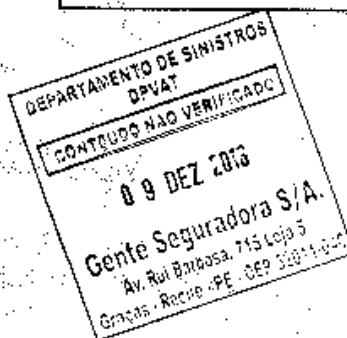
VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 2525983016	MÊS/ANO 07/2016	TOTAL A PAGAR R\$ 163,62	VENCIMENTO 04/08/2016	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA


http://autenticacao.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologu-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServicoDest=1&cd=1 1/1


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2021 10:12:49
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510124979300000076000463>
 Número do documento: 21032510124979300000076000463

Num. 77573687 - Pág. 11



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Grizelle Valmea de Medeiros, portador(a) do RG nº 2574273, expedido por SSP PE, em 12/11/1985, CPF/CNPJ nº 033.249.034-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Luiz da Conceição do sinistro de DPVAT da natureza Invalidiz da vítima Alexandre Luiz da Conceição, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso-me Renda Mensal: R\$ Recuso-me

Documentos comprobatórios: Recuso-me

Grizelle Valmea de Medeiros
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 3
Grupos Recife, PE - CEP 50040-000



9740 P. 2046

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

EMERG. 10
10:34

Assinar e Carimbar a Guia do Convênio

RE
S/

Procedimento: ☐ Dor ☐ Caso pr

Horário: ☐ QUEI

SSVV: FR

SATURACÃO O2

TEMPERATURA

DOR () SIM () NÃO LOCAL

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☒ Não Tabagismo ☐ Sim ☒ Não

DM ☐ Sim ☒ Não Etilismo ☐ Sim ☒ Não

Alergias ☐ Sim ☒ Não

Outros:

Medicamentos em uso

Ass. Enfermagem:

Horário do início do atendimento médico:

H.D.A. *Paciente vítima de acidente de moto há 9 horas, magro, sendo de constituição física a voluntária, apresentando fratura dos ossos da perna D. não há relato de ferimentos no local, nem outros sintomas.*

Asma/DPOC ☐ Sim ☒ Não

AVC ☐ Sim ☒ Não

Convulsões ☐ Sim ☒ Não

IRA/IRC ☐ Sim ☒ Não

Outros:

Angina/IAM ☐ Sim ☒ Não

Dist. capg. ☐ Sim ☒ Não

Neoplasia ☐ Sim ☒ Não

Uso de QT ☐ Sim ☒ Não

Internamento últimos 60d ☐ Sim ☒ Não

Motivo:

Uso de ATBs nos últimos 60d ☐ Sim ☒ Não

Quais:

Cirurgias prévias ☐ Sim ☒ Não

Quais:

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR irpm

ACV: PA mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1- *Fratura dos ossos da perna D.* CID 10:

2- CID 10:

Ass. Médica:

Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.000

Nome: Alexandre Luiz da Conceição Registro: 1158297
Data da Cirurgia: 13/06/18 Início: Término: Leito:
Cirurgião: Dr. Naniel Campos 1º Auxiliar: Dr. Thiago Tavares
2º Auxiliar: 3º Auxiliar: Instrumentador: Widiano
Anestesista: Mirella Tavares

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de tibia direita

Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

Cirurgia Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de tibia + osteotomia de fecho + ténoplastia da ténia patelar
Cirurgia Realizada: A mesma

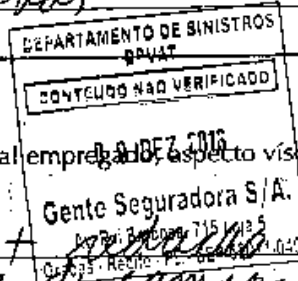
Relatório imediato do patologista:

Exame radiológico no ato: Intermitentes
Intercorrências durante a cirurgia: Necessidade de abris o foco de fratura por todas partes moles interpostas

Descrição Cirúrgica

Via de acesso, tática e técnica, ligaduras, drenagem, sutura, material empregado, aspecto visceras.

- 1) Paciente em DPH + rapunamento +
- 2) Anestesia + antiespasm +
- 3) Incisão em foca anterior de fecho de tibia +
- 4) Incisão por + osteotomia de fecho +
- 5) Introdução de fio que em +
- 6) (sem)
- 7) Incisão em de no
- 8) de + de
- 9) de medular
- 10) de de +
- 11) de +
- 12) de +



Paciente requer intervenção imediata? - Irresponsivo, apnéia, entubado (ou que precise ser entubado) sem pulso (PR), anisaxia, sofrimento respiratório, trauma grave/queda sem resposta, efásico, dor no peito com sudorese/palidez, instabilidade, hemodinâmica.

☐ ES1

☐ ES2 Suspeita de SCA, SIRIS, confuso letárgico, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), prenhez ectópica possível, QT com febre, intoxicação/exógena.

☐ ES3 2 ou mais recursos

☐ ES4 1 recurso

☐ ES5 Nenhum recurso

Exames solicitados

☐ Laboratório ☐ ECG ☐ LCR ☐ TC ☐ RMN ☒ Radiografia *Sên. L* ☐ USG

☐ Hematologia ☐ Bioquímica ☐ Gasometria ☐ Coagulograma *Trono*

Resultados de exames solicitados

Laboratoriais: horário realização:

USG: horário realização:

TC: horário realização:

RMN: horário realização:

Radiografia: horário realização:

ECG: horário realização:

LCR: horário realização:

Prescrição					Médico	Hora Agm.	Técnico
Hora	Medicação	Apresentação	Quantidade	Via			
11:15h	① <i>Traslax</i>	100mg x 100ml	SF 0,9%	BU	Dr. Lucas M. G. de Medeiros	12:30	DM
	② <i>Traslax</i>	100mg x 100ml	SF 0,9%	BU	Oncopecuria Transfusão	13:30	DM
					CRE 203200		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CORTEIRO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa
Gratias - Recife - PE - CEP 52011-020

ALEXANDRE LUIZ ADAR CONCEIÇÃO
Nascimento: 03/05/1979 - CPF: 07401834
RG: 33714 - PIS/PASEP: 00000360-95
UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada: 11/08/2016 - Hora: 10:41
Matrícula: 9940018506717001
N. Soc:
Leito: URGEM



REDE FOR SÃO LUIZ	FORMULÁRIO INSTITUCIONAL				 ESPERANÇA
	Elaboração 06/11/2014	Efativação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					

NOME		RUEY ANDRE FEIJÓ DE GONÇALVES Nasc: 03/06/1979 - 73730m8d Reg: 11/10/07 - E. Prof: 11/000250-95 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:48 Matrícula: 02940018506717081 V. Soc: 
DATA	13/06/16	
REGISTRO		
LEITO		
DIAGNÓSTICO	C. de TÍBIA	
		Leito: 220-B

RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO À DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN													
CD:	☐ MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17
RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRC, OLIGÚRICOS													
CD:	☐ SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.												
RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA, EVIDENCIANDO POR SINAIS FLOGÍSTICOS ESCALA DE MADOX.													
	☒ TROCA DE AVP A CADA 72h	INT 11/06										TROCA 14/06	
CD:	☐ TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.												
	☒ VIGILÂNCIA DO SÍTIO DE PUNÇÃO.												
RISCO DE SANGRAMENTO / HEMORRAGIA RELACIONADO A:													
CD:	☐ USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).												
	☐ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____												
	☐ MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.												
	☐ VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
RISCO PARA DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA													
CD:	☐ CLORETO DE POTÁSSIO.												
	☐ CLORETO DE SÓDIO 20%.												
	☐ SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.												
	☐ ADRENALINA.												
	☐ VIGILÂNCIA DE FC/PA.												
	☐ MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE, TONTURA).												
RISCO DE HIPOGLEMIA / HIPERGLICEMIA / COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM.													
CD:	☐ INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.												
	☐ MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO À GAVAGEM DE DIETA POR SNE/GTT/DISFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS/OUTROS:													
CD:	☐ MANTER CABECEIRA A 45° 07h - 19h 19h - 07h												
	☐ ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N.												
	☐ MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.												
	☐ MANTER O USO DE PERÍOGARD EM PACIENTE TQT.												

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 09 DEZ 2016
 Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
 Recife - PE - CEP: 52111-000



Atendimento de enfermagem

Paciente atendido pelo estopadista na urgência, vítima de com autoguard nº 20 e outro nº 20 com ex + vivipar em RSB medicado conforme prescrição médica - segue de cuidados da enfermagem.

De Enfermagem
Código 22573

Luva Proc (Par) 02 Equip. Simples (Unid.) 01
Luva Estéril (Par) Equip. p/ Med (Bic)
Capote: Seringa 10cc
Praktax: Seringa 5cc 0.2
Algodão Hidrol (Pac. 100g) 0.2 Seringa 3cc
Aguilha 13x4.5: Seringa 1cc
Aguilha 25x7: Caneta Autoguard nº 20 (0.2)
Aguilha 25x8: Políax
Aguilha 25x1.20: Iv For 0.1
Aguilha 40x1.2: 0.2 Microclava:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA

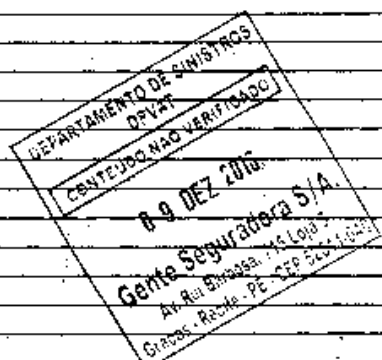
Reavaliações

HORA:

HORA:

HORA:

HORA:



Diagnóstico final do serviço de emergência

1 - CID 10:
2 - CID 10:
3 - CID 10:

Horário de Conclusão do atendimento

Destino do paciente

☐ Alta hospitalar ☐ Alta a pedido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Transferência
☐ Internamento ☐ UTI ☐ Apartamento ☐ Encaminhamento a outra especialidade

Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Onde dia 20/12/2015
Código 22573

Médico responsável pela conclusão do atendimento (assinatura e carimbo)



HOSPITAL ESPERANÇA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

F.I.N.S.22

DATA: 14/06/2016 PESO: _____ Kg

Nome: ALEXANDRE EDUARD DE CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
 Reg: 115879 - Front: 06050195
 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
 Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
 Matrícula: 09940018506717001
 N. Soc: _____ Leito: 220-B

Re: _____

Dat: _____

Hora: _____

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS: _____

CARIMBO PRECATORIO: _____

ENVIADA

EM 14/06/2016

As 18:36 hs.

ADM: Gize

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

DIETA: (ESPAÇO P/ MÉDICOS E NUTRICÃO) Outro livro

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	<u>Salco hidralazida</u>				<u>continua</u>
2	<u>Cefalosporina 1g</u>	<u>1 FA</u>	<u>IV</u>	<u>6/6h</u>	<u>manter</u>
3	<u>Aspirina 1g</u>	<u>2 ml</u>	<u>IV</u>	<u>6/6h</u>	<u>08/24 20 02</u>
4	<u>Lidocaina 100mg</u>	<u>1 amp</u>	<u>IV</u>	<u>12/12h</u>	<u>08/24 20 02</u>
5	<u>Tamoxifeno 100mg</u>	<u>1 amp</u>	<u>IV</u>	<u>8/8h</u>	<u>06</u>
6	<u>Zofran 4mg</u>	<u>2 ml</u>	<u>IV</u>	<u>8/8h</u>	<u>SIN SIN</u>
7	<u>Cloxacina 400mg</u>	<u>1 amp</u>	<u>SC</u>	<u>24/24h</u>	<u>SIN SIN</u>
8	<u>M.D. elevado</u>				<u>23</u>
9	<u>Curativos</u>				<u>ciente</u>
10	<u>Slts. Natriosulfato</u>				<u>ciente</u>
11	<u>CC66, SIV -</u>				<u>ciente</u>
12					<u>Gráfico</u>
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

8 DE DEZ 2015

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 713 Lda

Gratuita - Recife - PE CEP 50011-000

Sinistro Autêntico

CPF 000.000.000-00

CORRIGIDO 14.06.172

Outopédia - Radiologia

CRM-PE 2013

MÉDICO (A)

ENFERMEIRO (A) 1ª CHEGADA

ENFERMEIRO (A) 2ª CHEGADA



Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
07h	Recebe plantão a po- ciente com ECR, conde- sente, orientado, eufórico, co, afável, atencioso, monofônico, com AVP em MSE em el- dratado, deambul- com ajuda de muletas eque de ajudados. 08h Adm. eufórica + dupl- ma CPm. Afetivo ssu- 12h Reacionado com ad- autoquard N:20 01 com eado de zero zero + 1e- quadern + polifio. 14h Adm. eufórica + dupl- ma CPm. Afetivo ssu- 18h Adm. eufórica CPm. eque com autoqu- ssu
	 09/12/2016 Gente Seguradora S/A. 4, Rua Barbosa, 1150-5 Graciosa, Recife, PE - CEP 51.010-100 09/12/2016 OPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 09/12/2016 OPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Nome técnico de enfermagem / COREN

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
	Recebe o plantão e part am 08h em cont. orientado em repouso no leito e/ eufórico em MED e/ eufórico em esp- hidratado e/ eufórico em repouso no momento part eufórico e/ eufórico da equipe de enfermagem - 08h 08h Recebe alta hospitalar, bem ali- do de de a unidade, bem ali- com a bem intencional, bem ali- 564915
Nome técnico de enfermagem / COREN	

Elaborador:	ADRIANA PASSOS; EDILENE TABARELLI		
Aprovador:	COMISSAO DE PRONTUARIO		
Homologador:	SISTEMA DE GESTAO DA QUALIDADE		
Data da Emissão:	30/04/2010	Revisão:	02
		Data da Revisão:	21/02/2013
			Página: 17 de 10



	TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL- NRS 2002	P. MEN. 04
---	---	------------

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Masc: 03/06/1979 - 1,37m - 62kg
 Reg. 1454752 - 2203587952
 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
 Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
 Matrícula: 09940018506717001
 N. Soc:



Leito: 220-B

Parte 1. Triagem Inicial		Sim	Não
1	Paciente apresenta IMC < 20,5?	X	
2	Houve perda de peso nos últimos 3 meses?		X
3	Houve redução na ingestão de alimentos na última semana?		X
4	Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou em UTI?		X

Sim: se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, continue e preencha a parte 2.

Não: se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue a preencha a parte 2.

Parte 2. Triagem do risco nutricional

Estado nutricional		Gravidade da doença (efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado nutricional normal.	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades nutricionais normais.
Leve (Pontuação 1)*	Perda de peso > 5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)*	Fratura de quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); diabetes, câncer; hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)*	Perda de peso > 5% em 2 meses ou; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar abaixo de 25-80% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)*	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)*	Perda de peso > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou; IMC < 18,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)*	Trauma craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10).

Escore total = 2

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade >= 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Pontuação >=3: o paciente está em risco nutricional e a terapia nutricional deve ser iniciada.

Pontuação <3: no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

*Pontuação = 1: a necessidade proteica está aumentada, mas o Déficit Proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

*Pontuação = 2: a necessidade proteica está substancialmente aumentada e o Déficit Proteico pode ser recuperado, na maior parte dos casos, com o uso de suplementos orais/dieta enteral.

*Pontuação = 3: a necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais/dieta enteral.

Fonte: Kendrup et al, 2003.



Glayce Janine Bezerra
 Nutricionista
 CRN6 8535

Nutricionista

Elaborador: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL





FICHA DE ADMISSÃO NA SRPA

Data: 13/06/16 Hora: 11:00

ASA: 1

Internado: ☒ Sim ☐ NãoUrgência: ☐ Sim ☒ Não

ALEXANDRE LUIZ DE CONCEIÇÃO

NASC: 03/06/1979 - 337a0m108

RG: 41597372 - CPF: 000054195

UNIMED RECIFE/AL - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49

Matrícula: 09940018506717001

N. Soc:



Leito: 220-B

Patologias prévias e medicações em uso:

Intercorrências no transoperatório:

Parâmetros na saída da SO e evolução na SRPA

Hora/Parâmetro	H: 11:00 ADMISSÃO	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H: 12:30 Alta SRPA
PA	132x64								112x66
SpO2	99%								99%
Consciência	Desperta								Desperta
Atividade	Desperta e MMII								Desperta MMII
Respiração	Eupneica								Eupneica
Freq. Resp.	-								-
Diurese	Eupneica								Eupneica
Freq. Card.	81								81
Aval. Numér. DOR	-								-
Temp °C	36,2								36,2

Evolução Médica:

Paciente admitida para SRPA após requisição. No momento SOB monitorização, sinais vitais estáveis e paciente bem-estar. Respiração normal em MMII. Nenhum tipo de medicação.

Prescrição Médica:

Monitorização / Medicação

1. Furosemida 40mg
2. Suplementar de O2 4L
3. Sonda de 16 FR
4. Cloroformo

Horário

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

11:00

Enfermagem

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFUSO NÃO VERIFICADO

09 DEZ 2015
Bente Seguradora S/A.

An. Rm. Bente 715 Lda 5
Gratias Bente PE CEP 52011-000

Uso de: ☒ Manta térmica ☐ Meias elásticas ☐ Compressa gelo curativo ☐ Outros

Intercorrências:

Condições de Alta/Escore Aldrete e Kroulik modificada:

Desperta, sem queixas, estável, sinais vitais, Aldrete 12 - Alta 12:30

Alta Médica da SRPA: Data: 13/06/16 Hora: 12:30 Destino: ☒ Apt/Enf. ☐ UTI ☐ Residência

Assinatura / carimbo

Escala de Aldrete e Kroulik modificada

em	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota
Atividade		Respiração		Consciência		Circulação (PA)		SpO2	
ave 4 membros	2	Profunda, tosse	2	Completamente acordado	2	+20% nível pré-anestésico	2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2
ave 2 membros	1	Limitada, dispnéia	1	Despertando ao chamado	1	+20% a 49% nível pré-anestésico	1	Mantém SpO2 > 90% com O2	1



NOME COMPLETO: Alexandre Luiz da Conceição

DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1

RÉGISTRO:

DATA DA ADMISSÃO: 11/06/16

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

NASC: 03/06/1979 - 372088

RG: 1158714-2 (RG) - 11/06/2016

UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41

Matrícula: 9940616506717001

N. Soc:



Leito: URGEM

MÉDICO ASSISTENTE: MA: Dr. Antônio Mello

FONE:

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: Ex dos Ombos do Braço (D)

H.D.A:

Paciente vítima de acidente de moto
há 7 dias, após queda do veículo, vítima
e vômitos. Dor de intensidade em pontos (D)
e dificuldade em rotacionar Extremidade e movimentos no
ombro do Braço (D) operário. Exatidão do diagnóstico dos

AR: FR 12 irpm SaO₂: 98

TEMPERATURA: 36,5 °C

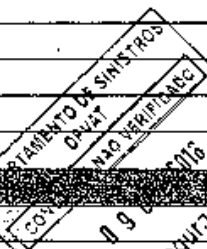
ACV: PA 120/80 / 70 mmHg FC 70 bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES:

Dor de pulsos
+ dificuldade de
movimentos



09/06/2016
Gente Seguros S/A
Av. Rui Barbosa, 715
Grupos, Recife - PE - 51050-000

Elaborador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO

Aprovador: ADRIANA PASSOS

Homologador: SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Data da Emissão: 03/09/2014

Revisão: 01

Data da Revisão: 03/09/2016

Página: 1 de 2

Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CREMEP 20.220





ESPERANÇA
RECIFE

ADMISSÃO

F.INS.50

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

Alexandre Luiz da Conceição

IDADE:

REGISTRO:

DATA DA ADMISSÃO:

11/06/16

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc: 03/06/1979 - 3740mdd

CPF: 036797112-000001958

UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M

Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49

Matrícula: 06940016506717001

V. Soc: Leito: 220-B

FONE:

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE:

Dr. Renanil Campos

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO:

Dor em punho dir

H.D.A.:

Dor em punho dir após acidente de moto

AR: FR _____ irpm SaO₂: _____

TEMPERATURA: _____ °C

ACV: PA _____ / _____ mmHg FC _____ bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES:

Dor em punho dir + edema + contusões em punho dir

RECOMENDAÇÕES:

9

Tratamento de punho dir

Tratamento conservador de punho dir

☐ SEPS

☐ DOR TORÁCICA

☐ AVC

☐ PAC

☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO

☐ HEMORRAGIA GINECOLÓGICA

☐ IDOSO FRÁGIL

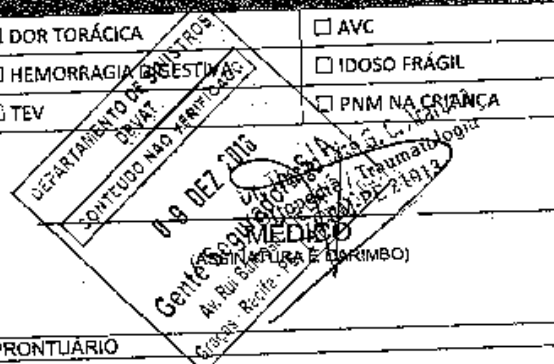
☐ CUIDADOS PALIATIVOS

☐ CONTROLE GLICÊMICO

☐ TEV

☐ PNM NA CRIANÇA

☐ ASMA NA CRIANÇA



Elaborador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO

Aprovador: ADRIANA PASSOS

Homologador: SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Data da Emissão: 03/09/2014

Revisão: 00

Data da Revisão: 03/09/2016

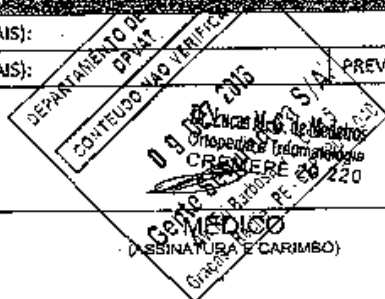
Página: 1 de 1



- Ex dos Unus do Pens. D
- Ex diagnósticos de T. H. D

Intervenção para Tratamento Amniótico

☐ SEPSE	☐ DOR TORÁCICA	☐ AVC	☐ PAC	☐ IHL
☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO	☐ HEMORRAGIA DIGESTIVA	☐ IDOSO FRÁGIL	☐ CUIDADOS PALIATIVOS	
☐ CONTROLE GLICÊMICO	☒ KEV	☐ PNM NA CRIANÇA	☐ ASMA NA CRIANÇA	
☐ USG	☐ TC	☐ RM	☐ ECO	☐ EHA
☐ BRONCOSCOPIA	☐ LABORATÓRIO	☐ CINTIOGRAFIA	☐ SWABS DE VIGILÂNCIA	
☐ ISOLAMENTO DE CONTATO	☐ ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO	☐ PADRÃO		
☐ DROGA VASOATIVA	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO: _____ DIAS		
☐ ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):			



Elaborador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO
Aprovador:	ADRIANA PASSOS
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE
Data da Emissão: 03/09/2014	Revisão: 01
Data da Revisão: 03/09/2016	Página: 2 de 2



Data/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

ALEXANDRE LUIZ DE CONCEIÇÃO

Nasc: 03/05/1979 - 37a0m66
Reg: 158701 - Pront: 000350153
URVEM RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41
Matricula: 9940318508/17001
N. Soc:



Leito: URGEM

14hs.
11/06/16

Paciente deu entrada neste
serviço encaminhado da
UPA após queda de moto es-
tares, com queixa de dor
+ rigidez em perna (D) + escoriações
pelo corpo. Mega TCE, perda de consciência
e trauma em coluna. Realizou
Rx e imobilização em HSB. Após resul-
tado solicitado internamento cirú-
rgico. HD: Fratura de tibia (D). segue
com CGE, consciente, orientado, sem ve-
lhos, eufórico, hidratado, corado,
afebril, punção de AVP em HSG m
medicação, com HSB imobilização,
em repouso no leito, segue com soli-
citação de exames pré-op. para serem rea-
lizados no internamento. Risco e condi-
ção em anexo.

2016 2m 456
11/06/2016
10:41

13/06/16
16:20h

SD - Fratura de tibia m
Paciente bem, sem queixa
colúmbia, corado, eufórico
e bem hidratado.
R: Aguarda pré-op

CONTENSO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 115 Lapa 5
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-000

11
06

Carimbo e Assinatura

16

Fratura tibia (D)
S/ outros traumas
NENH (M) DM; HFE (D) TCE; SEM
NENH FM UP MUMMM
NENH MACH: CUMULOS PR-13 UN MUMMM
AO MUM (M) MUM MUM MUM
PA: FEEG; LUMM y FC 100 LUMM
A. LUMM CONSUMM CON I (DOKO)
MUM MUMMM PI TUP/TUP y GEMM

Dr. Carlos Eduardo G. Santos
CRM 1704 - PE
Cardiologista Intervencionista



ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Nasc: 03/06/1979 - 3730594
Rcg: 1158787 - Proft: 00335014
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 0894001050671700
R. Soc:



Leito: 220-B

ta/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

13/06/16
14:00h

SCV - Nota de evolução
Paciente com fratura de antebraço
de 10 dias, sendo realizado
tratamento cirúrgico
com haste fixada de 10 dias
de evolução. A evolução a fratura com parafusos
de 10 dias, por não conseguir, devido a
posição da fratura, observando por 10 dias
de evolução, observando a fratura de 10 dias
de evolução, observando a fratura de 10 dias
de evolução.

Dr. Alexandre Luiz da Conceição
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24013

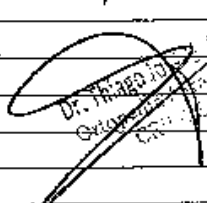
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Lota 5
Cidade: Recife - PE - CEP 52011-200



1992

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
11/06/16	# ENFERMAGEM # Paciente admitido procedente de emergência. Paciente consciente, orientado, verbalizando. Exame físico em bom ambiente. Capte senta A/P e em USE. Com distúrbio da Dieta da Duodeno, espontâneo, presente. Apresenta escoriações em todo o corpo. Apresenta tórax em MID. Realizados exames e realizados pareceres cardiológicos. Riscos: queda, fletbite e infecção. Condução: elevar e troicar gases, trocar A/P e do 7ho e 8mo. Condições de A/P - normais. <i>Dra. Mariana A. de F.</i> Enfermeira Título de ENFERMEIRA COREN 255.357
12/06/16	# Enfermagem # Paciente estável, orientado, resitado ao leito devido a fratura, com imobilização em MID, curado, supino, apneia, dieta 10, A/P em USE + 14106, de. For a pauser do cardio, Ag. transada de cirurgia. Segue as unidades da enfermagem. Risco 1 queda + fletbite <i>Enfermagem</i> 265711 <i>DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM</i> CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 09 DEZ 2016 Gente S/A. Av. Rui Barbosa, 250 - Lapa 5 Cidade - Rio de Janeiro - CEP 22251-000
12/6/16 13:15h	Atendimento Nutricional - Detecção de Anomalias NO: Fratura da tíbia Paciente Consciente, orientado, ESE. Nega comorbidades e alterações alimentares. Sem queixas de náusea e vômito. Cuidados com a dieta, diurese presente. Exame físico: depleção de massa muscular. Antropométrica: Peso 72kg, Altura 1,88m, IMC: 20,3 kg/m² Diagnóstico nutricional: Eutrofia (0,15,95) Risco nutricional: Quente (NRS, 0,1) Nível de Atenção: Paciente em Nível Nutricional: 2160 kcal e 100g de proteína Elaborador: JANNY LEONOR Aprovador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO Homologador: SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE Data da Emissão: 20/01/2011 Revisão: 01 Data da Revisão: 20/01/2012 Gláucia Yvone Bezerra Página: 1 de 1



Data/Hora 14/06/16 19h20	Cada registro deve ser assinado e carimbado 809 - A.D.P. - <i>prática de teste de</i> <i>pacient tem, com do teste em perso no</i> <i>do exame</i> - <i>exat, cor, aberta, corado, impressa, afilado</i> - <i>no com com aquo</i> - <i>edema mal</i> - <i>boa durado, perfuro</i> - <i>insuficiência e motricidade preservada</i> - <i>pacient de p</i> <i>em alta hospitalar</i>  Dr. Thales de C. Batista Otorrinolaringologista CRM 12.2813
14/06/16 19h20	segue de alta hospitalar.  Silvana Brito Enfermeira CRP 145.172
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 8.9 DEZ 2016 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa 715 Lapa 5 GRUPO - Recife, PE - CEP 520-1000	
Elaborador: JANNY LEONOR Aprovador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO Homologador: SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE Data de Emissão: 20/01/2011 Revisão: 01 Data da Revisão: 20/01/2012 Página: 1 de 1	



 HOSPITAL ESPERANÇA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	F.INS.22
--	--------------------------	----------

DATA: _____ PESO: _____ Kg ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO Nas: 03/06/1979 - 37a088d Reg: 1156757 - Plan: 000350195 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49 Matrícula: 09940019506717001 N. Soc: _____  Leito: 220-B Hora: _____	CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS	CARIMBO ARSENAL ENVIADA EM <u>11.06.16</u> As <u>16.06</u> hs. ADM: <i>[Assinatura]</i>
--	---------------------------------	--

PRESCRIÇÃO MÉDICA					APRAZAMENTO DA DIETA		
ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA DIETA		
					1ª CIPA	2ª CIPA	3ª CIPA
1	Novalgina + AD	16	EU	6/6h			
2	felus Hidrolisado						
3	Transol 100mg + 100ml SF 0,9%		EU	8/8h			
4	Proglid + 100ml SF 0,9%	100g	EU	12/12h			
5	Zafon + AD	4g	EU	8/8h	SIN	SIN	
6	Clexone 01mg	20g	SC	1x/dia			
7	Cefotaxima + 100ml SF 0,9%	16	EU	6/6h			
8	Pontocel + Osuente	40g	EU	1x/dia			
9	SSVU x CC GG						
10	Soluto Braces endológico						
11	laboratório						
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

MEDICO (A)	ENFERMEIRO (A) 1ª CHEGADA	ENFERMEIRO (A) 2ª CHEGADA
_____	_____	_____

REDE DE SAÚDE SÃO LUIZ	FORMULÁRIO INSTITUCIONAL					 ESPERANÇA
	Elaboração 08/11/2014	Efetivação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01	Página 1/2	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM						

NOME	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO	
DATA	11/06/16	
REGISTRO		
LEITO		
DIAGNÓSTICO	P. de Túbis	

Nasc: 03/06/1979 - 37a0m48
 RG: 157767 - Rptm: 0003501
 UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
 Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
 Matrícula: 09940018506717001
 N. Soc:


Leito: 220-B

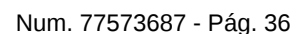
RISCO DE QUESO DE PELE ASSOCIADO À IMOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN														
CD:	☐	MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17
RISCO DE ITU EM PACIENTES COM TUBO OLIGOMÍO														
CD:	☐	SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA												
RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO ÀS SONDAS ACESSÓRIAS PERIFÉRICAS E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VELOCIDADE E/OU SINAIS E SINTOMAS														
CD:	☒	TROCA DE AVP A CADA 72h	INT 11/06 TROCA 11/06											
CD:	☐	TROCA DE EQUIPO A CADA 72h												
	☐	VIGILÂNCIA DO SÍTIO DE PUNÇÃO												
RISCO DE SANGRAMENTO/HEMORRAGIA RELACIONADO AO														
CD:	☐	USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOPOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM)												
	☐	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO												
	☐	MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h												
	☐	VIGILÂNCIA CLÍNICA/SSVV												
RISCO PARA DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO SÓDIO-FLUORÉTIMO DEVIDO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA														
	☐	CLORETO DE POTÁSSIO												
	☐	CLORETO DE SÓDIO 20%												
	☐	SULFATO DE MAGNÉSIO 50%												
	☐	ADRENALINA												
CD:	☐	VIGILÂNCIA DE FC/PA												
	☐	MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA)												
RISCO DE HIPÓGLICEMIA/HIPERGLICEMIA COM RISCO DE COMPLEXIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA DE ALTA DOSAGEM														
CD:	☐	INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO												
	☐	MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW												
RISCO DE BRONCOPNEUMONIA ASSOCIADA À SONDAGEM DE DILATAÇÃO SNE/GT/DISFAGIVIDADE														
CD:	☐	MANTER CABECEIRA A 45°	07h - 19h 19h - 07h											
	☐	ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N												
	☐	MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE												
	☐	MANTER O USO DE PERÍOGARDO EM PACIENTE TOT												



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVA
CONTENIDO VERIFICADO
09 DEZ 1916
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 745 Lajes
Grass-Rocky, PE. CEP 53241-110

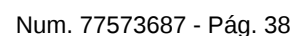
Wine Under

05-202



Maria V. Faria
Assoc. de Engenharia
Civil de Lisboa

DEPARTAMENTO DE METROS
SEVA
CORTADO NA VERIFICAÇÃO
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S/A.
Av. Rd. Barbosa, 713 Lda 5
Gratias - Maciã - PE - CEP 55011-000



	PRESCRIÇÃO MÉDICA	F.INS.22
---	--------------------------	----------

DATA: 13/06/16 PESO: _____ Kg

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO Nasco: 03/05/1979 - 37a0m10a Reg: 115879 - Front: 000350195 UNIMED REC12/PL - Sexo: M Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49 Matrícula: 09940019506717801 N Soc: _____  Leito: 220-B Hora: <u>14:49</u>	CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS: _____ CARIMBO ARSENAL: _____ ENVIADA EM <u>13.06.16</u> A <u>13.25hs.</u> ADM: <u>[Assinatura]</u>
--	---

PRESCRIÇÃO MÉDICA					APRAZAMENTO DA DIETA		
DIETA: (ESPACIO P/ MEDICOS E NUTRICAO)	PRESCRIÇÃO MÉDICA				APRAZAMENTO DA DIETA		
	ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO	
DIETA: (ESPACIO P/ MEDICOS E NUTRICAO) Leito lavado após recuperação ambulatorio Glauco Danilo Bezerra Nutricionista CRNG 8835	1	SFO 9L	1000ml	IV	em 24h	20/06/16	
	2	Cefalotina 1g	1g	IV	6/6h	20/06/16	
	3	Alupres 500mg/ml	1g	IV	6/6h	20/06/16	
	4	Praprim 100mg	1amp	IV	10/12h	20/06/16	
	5	Trombol 100mg	1amp	IV	8/8h	20/06/16	
	6	Zofran 4mg	2ml	IV	8/8h	20/06/16	
	7	Dexamet 40mg	1amp	SC	24/24h	20/06/16	
	8	MIO liberada				ATT	
	9	CCGG 150W			6/6h	grafico	
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						
	16						
	17						
	18						
	19						
	20						

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5
01305-900 - São Paulo - SP - 0800 52011000

Dr. João Carlos C. Arantes
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 21013

Dr. [Assinatura]
Enfermeiro
CONVENC 174

MÉDICO (A)	ENFERMEIRO (A) 1ª CATEGORIA	ENFERMEIRO (A) 2ª CATEGORIA
------------	-----------------------------	-----------------------------

00000000000000000000000000000000





RECEIÇÃO DE PACIENTE

UNIDADE: 2574273 882 PE

DATA: 20/10/1966

CPF: 633.349.034-91

LOCAL: 19542471121

DATA: 31/10/2011

VALOR DA TITULO: 473953700

PROIBIDA PLASTIFICAR

473953700

19542471121

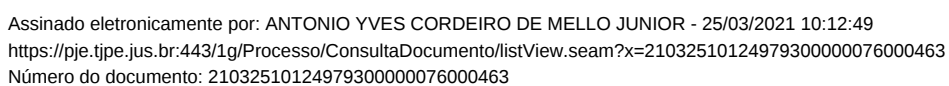
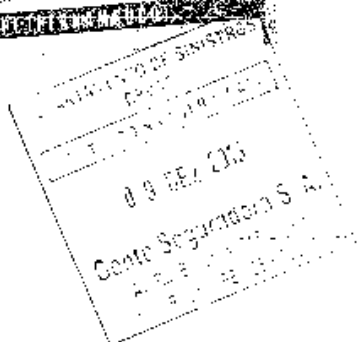
09048470238

09 072 213

Cartão de Registro S.A.



1.73953700

473953700



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 012300193770	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
DATA	COD. RENAVAM	RUNIF O	EXERCÍCIO
1	551555270	*****	2015
NOME			
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO			
JAB GUARARAPES-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
038.890.124-59		KIE5791	
PLACA ANTI-UF		CLASS	
***** /PE		SC3XDU548DF149961	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
BAS /MOTOCICLETA		ALCO/SAZOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB / ANO LIC	
MONTE/XYRISO BROS ES2		2012 / 2013	
CAP. MOTOR		CATEGORIA	
25/145CL		PARTIC	
CORTE ÚNICA		VENO. COTAS ÚNICA	
I		1º *****	
P		2º *****	
V		3º *****	
A		1	
PREMIO TARIFFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO PASE		DAPOL (R\$) - Valor	
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. KANPO MONDA SA			
LOCAL		DATA	
JAB GUARARAPES		10/04/16	
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
Diretor Presidente DETRAN/PE			

DECLARACAO DE SUBSCRICAO
09/05/2013
Gente Seguradora S.A.
A. R. Sousa
Diretor Presidente DETRAN/PE



Declaração



Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO RG. 5105361 SSP/PE
CPF 036.590.124-59, declaro que após ter sofrido acidente provocado por
veículo automotor de via terrestre em 11/06/2016 fui socorrido por
POPULARES, Telefone () _____
e Levado ao Hospital UPA

Declaro que além da documentação médica apresentada não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc. da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial da delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

'Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado'.

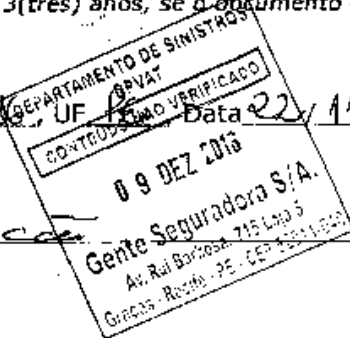
Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer conforme o Art.299 do código penal.

'Art. 299 - Omitir em documento publico ou particular declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato fundicamente relevante.

Pena reclusão de 1(um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é publico e reclusão de 1(um) a 3(três) anos, se o documento é particular'.

Local, Recife, 22 de Novembro, 2016, UF PE Data 22/11/16

Alexandre Luiz da Conceicao



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160737933 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 11/06/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160737933 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 11/06/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada da tíbia direita com laceração de partes moles da perna direita

Descrição do exame médico pericial: Ao exame apresenta encurtamento de 4 cm e hipotrofia importante do membro inferior direito atrofiado, deambula com uso de muletas

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com colocação de haste e pinos e fisioterapia

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Henrique Moreira

CRM do médico: 2445

UF do CRM do médico: PI

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

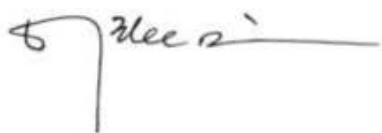
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Alexandre Luiz da Sampaio
Brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: chef. de Transporte
RG nº 5105361, CPF/MF 036590124-59, com
endereço residencial na AV. Belém de Juba N.º 58
Ilhas Carneiros / Salvador
Galvães dos Guararapes - PE

OUTORGADO:

Nome: Giselle Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2.574.273 / SSP / PE, CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, nº 105, Sala 104, Edif. Sigma, Ilha do Leite, Recife – PE.

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT.



12 de agosto de 2013
Alexandre Luiz da Sampaio
outorgante

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE
Rua Falcão de Lacerda, 329 - Tejupá - CEP 52094-010 - Fone: (51) 324-5500
Percebo por Autenticidade a firma indicada de (350209329659)
ALEXANDRE LUIZ DA SAMPÃO
que confere c/ o padrão rev. neste cartório, em 12 de agosto de 2013. En testu
Felipe Henrique Monteiro da Silveira - Escrevente Autenticado
Enol.: R\$ 0,63 TSMR: R\$ 0,73 Totais: R\$ 1,36
R\$ Selo: 0023478.YSB08201601.01825 22
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital



**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

Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO** Sinistro: **3160737933** Data: **11/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R BELEM DE JUDA, 58 - DOIS CARNEIROS - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54290-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PI**] **5105361**

Data local do exame: [**27/12/2016**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura fechada da tíbia direita com laceração de partes moles da perna direita. Ao exame apresenta encurtamento de 4 cm e hipotrofia importante do membro inferior direito atrofiado, deambula com uso de muletas

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico com colocação de haste e pinos e fisioterapia

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Antonio Henrique Moreira - CRM 2445 - PE

Antonio Henrique Moreira - CRM: 2445 - PE



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03208-5

CONTA: 000000090800-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2912201605000000000023703208000000090800708750 PAGO





Número: **0030689-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77573688	25/03/2021 10:12	ANEXO 3	Outros (Documento)



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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002402

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRO GREGORIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

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 15317382

Pag. 01607/01608 - carta_01 - INVALIDEZ

00010804





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, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002402

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRO GREGORIO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

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. 00049/00050 - carta_02 - INVALIDEZ

00050025



Carta nº 15336820





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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002402

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRO GREGORIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

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\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%

Graduação: Em grau leve 47.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (47.5% de 100%) 47,50%

Valor a indenizar: 47,50% x 13.500,00 = R\$ 6.412,50

Recebedor: **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**

Valor: **R\$ 6.412,50**

Banco: **237**

Agência: **000003208-5**

Conta: **0000090800-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Lauda 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: 3200002402
Nome do(a) Examinado(a): Alexandre Luiz da Conceicao
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Belem de Juda, S/N
Rua Belem de Juda Jaboatao dos Guararapes PE CEP: 54290-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do acidente: [28/09/2019]
Data local do exame: [20/01/2020] GOIANA [PE]

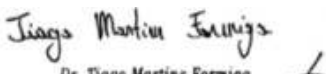
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA)
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 28/09/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA). O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM EM TÓRAX ESQUERDO MAIS LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA, ALÉM DE ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR DEVIDO A TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURAS VERTEBRAIS COM INTUITO DE DESCOMPRESSÃO MEDULAR. RECEBEU ALTA NO DIA 25/10/2019 E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE.
Data da Alta: 25/10/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, APRESENTA DIAGNÓSTICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA, O MESMO FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO, LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE. APRESENTA PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES, NOTA-SE ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES, ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES, E AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
☒ (X) Sim ☐ () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
☒ (X) Sim ☐ () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
**PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES
ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES
ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES
AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.**
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 o 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" ☐ () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☒ (X) 100% completo | Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga
CPF - 051.447.734-27
CRM/PB - 8085


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





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: 036-590-124-59 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO 6 - CPF: 036-590-124-59
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: AL BELEM DE JUDA 9 - Número: 1500 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DOUTOR CARNEIRO 12 - Cidade: JABOATÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54290-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81-983600838

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 32085 CONTA: 00908002

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 (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 Líder 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) ☐ 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 nascituro (se nascido)? ☐ 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

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 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

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







DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
L-1493/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



VERIFICAÇÃO GERAL DO BULFENO
CIB PM - MAT. 204937-8
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	CABO DE STO AGOSTINHO	Rodovia	PE-028	Km	
Ponto de Referência	ENTRADA DE ENSEADAS DOS CORAIS			Data	28/09/19
Dia da Semana	SÁBADO	HORA/OCORRÊNCIA	22:15	Hora/Cheg./Pr	23:30

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	COLISÃO			CHOQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre	Longitudinal	Frontal		Poste, Árvore	Tombamento
Animal	Transversal	Traseira		Muro, Casa	Saída da Pista
				Veículo Parado	Outros

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	IDENT.	01	NÃO IDENT	TOTAL	01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO	CONDIÇÕES/VIA	CONDIÇÕES/TEMPO	PERÍODO/DIA	SEMÁFORO
Longo da Via	Seca	Bom	Manhã	S/Defeito
Cruzamento	Molhada	Chuva	Tarde	C/Defeito
Outros	Enlameada	Néblina	Noite	Desligado
	Olhada	Garos	Madrugada	N/Existe

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Parc"	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
F. Pedestre	Placa "Dê a Pref."	Única	Faixa Contínua
F. Retenção	Não há Placas	Dupla	Canteiro Central
			Blocos
			Outros

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2	COMPORTAMENTO - VI/V2
Realizado no Local	Permaneceu no local
Enc. Para Exame	Socorrido
Não foi Realizado	Evadiu-se

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias	



VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - V1/V2		ESPÉCIE - V1/V2		CATEGORIA - V1/V2	
Automotor	V1	Passageiro	V1	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	VI
De tração animal		Tração		Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	FIAT	Modelo	UNO MILLE	Ano	12/13	Renavam		Placa	PES-9842
Município		Nº do Chassis	9BD15844AD6779889	Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido			Liberado	X	Evadiu - se		
Proprietário									
Residência						Bairro			
Município		Rg.			Org. Exp.	CPF			
Condutor									
Residência									
Município									
Residência									
Município									
CNH/Pront./ Nº	00570997223	Categoria	AD		Validade	29/01/2020	Hora/Dir.		

VEÍCULO - 02

Marca		Modelo		Ano		Renavam		Placa	
Município		Nº do Chassis		Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido			Liberado		Evadiu - se		
Proprietário									
Residência						Bairro			
Município		Rg.			Org. Exp.	CPF			
Condutor									
Residência						Bairro			
Município		Rg.			Org. Exp.	CPF			
CNH/Pront./ Nº		Categoria			Validade		Hora/Dir.		

TESTEMUNHA - 01

Nome	ANDREZA CARLA DE MELO	Idade	37	Sexo	F	Profissão	DONA DE CASA
Residência	AV. BELEM DE JUDA, 1500	Bairro					
Município	RECIFE	U.F.	PE	Rg.	6139227	Org. Exp.	SDS CPF 047.333.034-24

TESTEMUNHA - 02

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.		Rg.		Org. Exp.	CPF

VÍTIMA - 01

Nome	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO	Natureza dos Ferimentos	Leve		Graves	X	Mortais	
Estado Civil	CASADO	Idade	40	Sexo	M	Nacionalidade		
Profissão	CHEFE DE TRANSPORTE	Residência	AV. BELEM DE JUDA, 1500	Bairro				
Município	RECIFE	UF	PE	Rg.		Org. Exp.	CPF	036.590.124-59
Socorrido	HOSPITAL DOM HELDER					Município		
Dados Fornecidos Por								
Residência						Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	CPF	

VÍTIMA - 02

Nome		Natureza dos Ferimentos	Leve		Graves		Mortais	
Estado Civil		Idade		Sexo		Nacionalidade		
Profissão		Residência						
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	CPF	
Socorrido						Município		
Dados Fornecidos Por								
Residência						Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	CPF	

GBAPH: CB ROSIMARIO, MAT: 710166-0/ VIA (RESGATE)



VANDERLEI CAMARÃO RUIFINO
CB PM - MAT. 104247-8
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOMARCA



XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162 I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s\ acid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. ã Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trãns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic.s\ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C\ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S\ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trãns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Carnet. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserv. Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência				Matricula
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT	Matricula	950260-2
XVIII – Digitador da SSTA	CB PM VIRGINIA RUFINO	Of. Chefe da SSTA		MAJ SWELLINGTON

CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 20/03/2021

ASS: Virginia C. Rufino

CB PM - Matr. 101242-5



IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII – CROQUI

EM ANEXO





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PAIPE - DGO - CPE - EPRV
Batalhão Cel. Nancel de Souza Neto



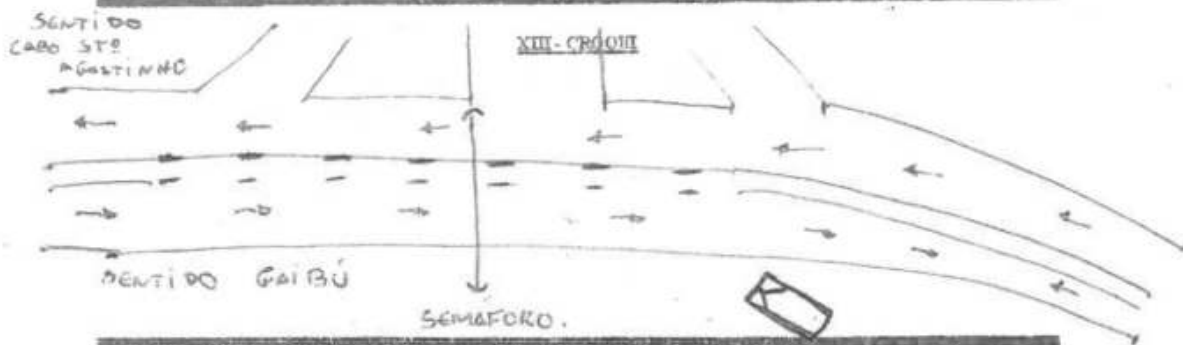
XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir S/ CNH (Art. 161, I, CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Port obrig (Art. 232 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Porte obrig (Art. 232 CTB)
Dirigir sob influência álcool (Art. 165 CTB)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176, CTB)
Deixar de adotar prov. Evitar danos a aus. (Art. 176, CTB)
Deixar de preservar local de acd. (Art. 176 III CTB)
Deixar de remover veic. Qdo Detec. (Art. 176 IV CTB)

VI V2

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Deixar de prestar inform. # (Art. 176, v. CTB)
Desob. Ordens do Agente Trâns (Art. 195 CTB)
Conduzir veic. s/ laque vclado (Art. 230, I CTB)
Conduzir veic. s/ placa (Art. 230 IV, CTB)
Conduzir veic. s/ placalóg. (Art. 230 VI, CTB)
Conduzir veic. Alter. De caract. (Art. 230, VII, CTB)
Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
Outras:



XIV - SIMBOLOGIA

Automóvel e outro veículos de 4 rodas
 Ônibus, Caminhão e Trator
 Trem
 Veículo de 2 ou 3 Rodas
 Pedestre
 Animal
 Objeto Fixo

Incêndio
 Marcha à Frente.
 Marcha à Ré
 Derrapagem
 Capotamento ou Tombamento
 Local da Colisão
 Depois da colisão

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

AMASSAMENTOS:

+ TAMPA DA MANTA
+ PARE-LAMAS DIREITO DIANTEIRO
+ DO TETO
+ COLUNA DIANTEIRA DIREITA E ESQUERDA
+ PORTA DIREITA DIANTEIRA
+ PORTA ESQUERDA DIANTEIRA

VEÍCULO - 02

RUGUEMENTOS:

+ PARA-BRISAS DIANTEIRO
+ PARA-CHOQUE DIANTEIRO
+ FARÓIS DIANTEIROS (DIREITO E ESQUERDO)
+ FARÓIS TRASEIROS (DIREITO E ESQUERDO)
+ O PARA-BRISAS TRASEIRO
FAMILIARES LEVAREM P/GUARDAR

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar Particular Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Nome do receptor da ocorrência: Almeida, Vitor Hora: 22:29:46
Matricula: 272946-4

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRICULA.

NOME:

SGT PM

950260-2

ASS.: ACIOLI

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:



**BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)**

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº L-1493/19)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(Condutor Secorrido)



Veículo: _____

Nome do Condutor: _____

RG: _____

Placa do Veículo: _____

Órgão Expedidor

CPF: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Preenchimento legível será de responsabilidade do signatário.





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: 036-590-124-59 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO 6 - CPF: 036-590-124-59
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: AL BELEM DE JUDA 9 - Número: 1500 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DOUTOR CARNEIRO 12 - Cidade: JABOATÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54290-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81-983600838

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 32085 CONTA: 00908002

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

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 Líder 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) ☐ 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 nascituro (se nascido)? ☐ 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

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 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

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





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão n° 2019APH001324 Div. Op.

Com fulcro no art. 5° XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANDERSON SILVA DE ANDRADE, 32 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG n° 51697 PMPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF n° 072.674.304-65, residente à AV BELEM DE JUDA, n° 1395, , ALTO DOIS CARNEIROS, JABOATAO DO GUARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/09/2019, por volta das 22:43 hs, no endereço: RODOVIA PE 28, S/N, GAIBU CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) CAPOTAMENTO, envolvendo AUTOMOVEI FIAT UNO BRANCA PES9842-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF n° 036.590.124-59 e Registro Geral ° 5105361, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710166-0 ROSIMÁRIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário n° 524928. Ficou aos cuidados do médico DQANIELLE TETI, registro 19345. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/12/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo n° 2019APH001324

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



CELPE
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-000
CNPJ 10.835.002/0001-08 | Ins. Est. 000943-83 | www.celpe.com.br

PAROQUETE
SOMAR FRAZ DE MELO

CPF: 975.304.894-04

CAVALEIRO
CAVALEIRO CAVALEIRO
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
54.290-000

RESIDENCIAL

1446780011

11/2019

20/11/2019

14/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 19,06

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	0,00000000		0,29
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,48
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,90
PRO-CRÉDITO (081) 12-6600 0000 031 0000			-0,06
Compensação OMC 0918			
TOTAL DA FATURA			19,06

1º DO MÊS	2º DO MÊS	3º DO MÊS	4º DO MÊS	5º DO MÊS	6º DO MÊS	7º DO MÊS	8º DO MÊS	9º DO MÊS	10º DO MÊS	11º DO MÊS	12º DO MÊS
01/10/19	02/10/19	03/10/19	04/10/19	05/10/19	06/10/19	07/10/19	08/10/19	09/10/19	10/10/19	11/10/19	12/10/19
01/11/19	02/11/19	03/11/19	04/11/19	05/11/19	06/11/19	07/11/19	08/11/19	09/11/19	10/11/19	11/11/19	12/11/19
01/12/19	02/12/19	03/12/19	04/12/19	05/12/19	06/12/19	07/12/19	08/12/19	09/12/19	10/12/19	11/12/19	12/12/19

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Conta	Valor em Aberto	Valor em Aberto (R\$)
Conta 1	1,20	1,20
Conta 2	3,17	3,17
Conta 3	2,86	2,86
Conta 4	0,00	0,00
Conta 5	0,00	0,00
Conta 6	0,00	0,00
Conta 7	0,00	0,00
Conta 8	0,00	0,00
Conta 9	0,00	0,00
Conta 10	0,00	0,00
Conta 11	0,00	0,00
Conta 12	0,00	0,00
Conta 13	0,00	0,00
Conta 14	0,00	0,00
Conta 15	0,00	0,00
Conta 16	0,00	0,00
Conta 17	0,00	0,00
Conta 18	0,00	0,00
Conta 19	0,00	0,00
Conta 20	0,00	0,00
Conta 21	0,00	0,00
Conta 22	0,00	0,00
Conta 23	0,00	0,00
Conta 24	0,00	0,00
Conta 25	0,00	0,00
Conta 26	0,00	0,00
Conta 27	0,00	0,00
Conta 28	0,00	0,00
Conta 29	0,00	0,00
Conta 30	0,00	0,00
Conta 31	0,00	0,00
Conta 32	0,00	0,00
Conta 33	0,00	0,00
Conta 34	0,00	0,00
Conta 35	0,00	0,00
Conta 36	0,00	0,00
Conta 37	0,00	0,00
Conta 38	0,00	0,00
Conta 39	0,00	0,00
Conta 40	0,00	0,00
Conta 41	0,00	0,00
Conta 42	0,00	0,00
Conta 43	0,00	0,00
Conta 44	0,00	0,00
Conta 45	0,00	0,00
Conta 46	0,00	0,00
Conta 47	0,00	0,00
Conta 48	0,00	0,00
Conta 49	0,00	0,00
Conta 50	0,00	0,00
Conta 51	0,00	0,00
Conta 52	0,00	0,00
Conta 53	0,00	0,00
Conta 54	0,00	0,00
Conta 55	0,00	0,00
Conta 56	0,00	0,00
Conta 57	0,00	0,00
Conta 58	0,00	0,00
Conta 59	0,00	0,00
Conta 60	0,00	0,00
Conta 61	0,00	0,00
Conta 62	0,00	0,00
Conta 63	0,00	0,00
Conta 64	0,00	0,00
Conta 65	0,00	0,00
Conta 66	0,00	0,00
Conta 67	0,00	0,00
Conta 68	0,00	0,00
Conta 69	0,00	0,00
Conta 70	0,00	0,00
Conta 71	0,00	0,00
Conta 72	0,00	0,00
Conta 73	0,00	0,00
Conta 74	0,00	0,00
Conta 75	0,00	0,00
Conta 76	0,00	0,00
Conta 77	0,00	0,00
Conta 78	0,00	0,00
Conta 79	0,00	0,00
Conta 80	0,00	0,00
Conta 81	0,00	0,00
Conta 82	0,00	0,00
Conta 83	0,00	0,00
Conta 84	0,00	0,00
Conta 85	0,00	0,00
Conta 86	0,00	0,00
Conta 87	0,00	0,00
Conta 88	0,00	0,00
Conta 89	0,00	0,00
Conta 90	0,00	0,00
Conta 91	0,00	0,00
Conta 92	0,00	0,00
Conta 93	0,00	0,00
Conta 94	0,00	0,00
Conta 95	0,00	0,00
Conta 96	0,00	0,00
Conta 97	0,00	0,00
Conta 98	0,00	0,00
Conta 99	0,00	0,00
Conta 100	0,00	0,00

1446780011

11/2019

20/11/2019

19,06





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - SISTEMA - CUSTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50000-902
CNPJ 10.835.332/0001-08 | Ins. Est. 0005943-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALEXANDRO GREGÓRIO
PIX, A ANTENA DA OI

CPF: 008.154.394-82 NIS: 20614530657

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCA 215 B

SUCUPIRA/CAVALEIRO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54280-410

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

DATA CONTADOR	MES/ANO
27/01/2019	12/2018
20/12/2019	11/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
90,98	

PERÍODO	UNICA	DATA
08/01/2019	UNICA	14/12/2018
14/12/2018	2001567/886	1/49282

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000.000	0,26286680	7,88
70.000.000	0,43314309	30,32
48.000.000	0,84271464	40,46
		0,75
		3,07
		10,51
		0,58
		1,39
		1,47
		3,57
		0,80

TOTAL DA FATURA

90,98

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DATA MÍNIMA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
08010219	CA5	12-11-2018	14-12-2018	33	1,00000		148,00

PERÍODO	VALOR DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição de Energia	R\$	%
DEZ 18 148				Tratamento de Esgoto	2,88	3,16%
NOV 18 151				Distribuição (Cabo)	17,28	19,70%
OUT 18 143				Perdas de Energia	6,44	7,46%
SET 18 141				Energia Setorial	1,80	2,32%
AGO 18 132				Tributação	20,21	22,45%
Jul 18 122				Total	48,61	100%
Jun 18 142						
MAI 18 130						
ABR 18 140						
MAR 18 140						
FEV 18 147						
JAN 18 135						
DEZ 18 186						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no prazo mais próximo de vencimento para evitar a cobrança de juros e multa. O cliente deve manter o pagamento em dia para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no prazo mais próximo de vencimento para evitar a cobrança de juros e multa. O cliente deve manter o pagamento em dia para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no prazo mais próximo de vencimento para evitar a cobrança de juros e multa. O cliente deve manter o pagamento em dia para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no prazo mais próximo de vencimento para evitar a cobrança de juros e multa. O cliente deve manter o pagamento em dia para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRO GREGORIO inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.154.394, 82
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 036.590.124-59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.590.124-59, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA FRANÇA		215	B
Bairro	Cidade	Estado	CEP
SUCUPIRA/CAVALEIRO	JABOATAO DOS GUARARAPES	PE	54280-410
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	81 98360-0838	81 98360-0838	

_____ de _____ de _____
Local e Data

Alexandro Gregorio
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



PACIENTE:	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO	PRONTUÁRIO:	0000292695
DATA DE NASCIMENTO:	03/06/1979	IDADE:	40
DATA DE ATENDIMENTO:	29/09/2019	SEXO:	MASCULINO
		ATENDIMENTO:	1269306

SUMÁRIO DE ALTA

CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO	MOTIVO DA ADMISSÃO HOSPITALAR
☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA	T07 - TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

EVOLUÇÃO DURANTE O INTERNAMENTO	☐ PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS
--	--

01 - VÍTIMA DE CAPOTAMENTO
 02 - POLITRAUMATISMO:
 A. SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA NÍVEL SENSITIVO L2+ BEXIGA NEUROGENICA (TC COM FX C7 E L2 SEM DESALINHAR + FX L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO DA VERTEBRAL) + TC DE CRÂNIO - SEM LESÕES
 B. TRAUMA TORÁCICO - F. DE COSTELAS - 9 e 10 (DIREITA) + 3 a 8 (ESQUERDA) + HEMOPNEUMOTORAX ESQUERDO.
 DRENAGEM TORÁCICA DIREITA
 03 - PO DE DRENAGEM TORÁCICA ESQ + LAPAROTOMIA EXPLORADORA + CORREÇÃO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA + GASTRORRAFIA (30/09)
 04 - PO DE DRENAGEM TORÁCICA DIREITA (03/10)
 05 - PO DE ARTRODESE DE COLUNA LOMBAR
 06 - ITR--SUPERADA
 07- Deiscência FO ângulo inferior ==PELE

ANTIBIÓTICOS EM USO

MACRODANTINA CAPS 100MG -> 21/10/19 | 23/10/19
 TARGOCID PO/SOL.INJ. 400MG -> 06/10/19 | 15/10/19
 TAZOCIN PO/SOL.INJ. 4,5G -> 04/10/19 | 13/10/19
 DERMODEX POMADA - 60G -> 01/10/19 | 09/10/19
 DERMODEX POMADA - 60G -> 30/09/19 | 30/09/19

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES DIAGNÓSTICOS
--

PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS	☒ HEMOTRANSUSÃO	☒ UTI 8	DIA(S)
--	--	--	---------------

30/09/2019 08:09:08 - LAPAROTOMIA EXPLORADORA + CORREÇÃO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA + GASTRORRAFIA
 03/10/2019 18:10:55 - TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA À DIREITA
 04/10/2019 21:10:34 - ARTRODESE DE COLUNA VERTEBRAL (X 06) + FRATURA-LUXAÇÃO DA COLUNA (X02) + LAMINECTOMIA (X02) + DESCOMPRESSÃO MIELORRADICULAR CBHPM 3071509 X 02 + OSTEOTOMIA DE COLUNA VERTEBRAL CBHPM 3071522-9 X 01

DIAGNÓSTICO DA ALTA

01 - VÍTIMA DE CAPOTAMENTO
 02 - POLITRAUMATISMO:
 A. SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA NÍVEL SENSITIVO L2+ BEXIGA NEUROGENICA (TC COM FX C7 E L2 SEM DESALINHAR + FX L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO DA VERTEBRAL) + TC DE CRÂNIO - SEM LESÕES
 B. TRAUMA TORÁCICO - F. DE COSTELAS - 9 e 10 (DIREITA) + 3 a 8 (ESQUERDA) + HEMOPNEUMOTORAX ESQUERDO.
 DRENAGEM TORÁCICA DIREITA
 03 - PO DE DRENAGEM TORÁCICA ESQ + LAPAROTOMIA EXPLORADORA + CORREÇÃO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA + GASTRORRAFIA (30/09)

HOSPITAL UNIMED RECIFE III

CNPJ Nº 11.214.624/0019-57

JOSE DE ALENCAR, nº 770, ILHA DO LEITE - RECIFE - PE CEP 50070-030

FONE: (81) 3320-7500


 Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2021 10:12:50



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

Nome: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 5105361 SSP PE

CNPJ: 036.590.124-59 DATA NASCIMENTO: 03/06/1979

FLUXÃO: NÃO DECLARADO

SEVERINA LUIZA DA CONCEICAO

PERMISSÃO: [] ACC: [] CAT. HAB: AD

Nº REGISTRO: 00570997223 UNIDADE: 29/01/2020 Nº HABILITAÇÃO: 30/03/1999

OBSERVAÇÕES: Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR: [Assinatura]

LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 02/02/2015

ASSINATURA DO EMISSOR: [Assinatura]

62199540530 78964425562

DETAN - PE - IPERNANBUCCI

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1020050938

PROJETO PLASTIFICAR
1020050938



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2021 10:12:50
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510125013500000076000464>
 Número do documento: 21032510125013500000076000464



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE Nº 014801698898 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA - COD. RENAVAM		EXERCÍCIO	
1 501220372		2019	
NOME			
MOINHO PETINHO INDUSTRIA E COMER			
RECIFE-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
10.808.491/0001-55		PES9842	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
*****PE		9BD15844AD6779889	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / AUTOMÓVEL		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
FIAT/UNO MILLE WAY ECON		2012 2013	
CAP / POT / CL		COR PREDOMINANTE	
5P/66CV/1000CL		BRANCA	
COTA ÚNICA		VENG. COTA ÚNICA	
1 IPVA 2019 QUITADO		1ª VENC. COTA ÚNICA	
P		2ª	
V		3ª	
A			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
12.00		0.06	
PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
16.21		04/02/19	
SEM RESERVA			
OBSERVAÇÕES			
RECIFE			
Roberto Fontelles			
Diretor Presidente DETRAN/PE			
DATA 09/02/19			

SEGURADOR LÍDER - DPVAT		CHPJ 05.248.6050001-04	
DETAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.			
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.			
SEGURADOR LÍDER - DPVAT			
CHPJ 05.248.6050001-04			
DETAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.			
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002318/20

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

CPF: 036.590.124-59

Seguradora: ARIANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRO GREGORIO : 008.154.394-82

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

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO : 036.590.124-59

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: 03/01/2020
Nome: ALEXANDRO GREGORIO
CPF: 008.154.394-82

ALEXANDRO GREGORIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, APRESENTA DIAGNÓSTICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA, O MESMO FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO, LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE. APRESENTA PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES, NOTA-SE ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES, ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES, E AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM EM TÓRAX ESQUERDO MAIS LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA, ALÉM DE ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR DEVIDO A TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURAS VERTEBRAIS COM INTUITO DE DESCOMPRESSÃO MEDULAR. RECEBEU ALTA NO DIA 25/10/2019 E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO EM AMBOS MEMBROS INFERIORES

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA, SINISTRO ANTERIOR 3160737933, EM 75 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO (TRAUMA RAQUI MEDULAR)

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 47,5 %	47,5%	R\$ 6.412,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, APRESENTA DIAGNÓSTICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA, O MESMO FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO, LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE. APRESENTA PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES, NOTA-SE ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES, ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES, E AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM EM TÓRAX ESQUERDO MAIS LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA, ALÉM DE ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR DEVIDO A TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURAS VERTEBRAIS COM INTUITO DE DESCOMPRESSÃO MEDULAR. RECEBEU ALTA NO DIA 25/10/2019 E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO EM AMBOS MEMBROS INFERIORES

Sequelas: Com seqüela

Data do exame físico: 20/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR 3160737933, EM 75 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO (TRAUMA RAQUI MEDULAR)

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 47,5 %	47,5%	R\$ 6.412,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA A NÍVEL SENSITIVO DE L2- BEXIGA NEUROGÊNICA
FRATURA DO C2 E L2
FRATURA DE L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO VERTEBRAL
FRATURA DOS ARCOS COSTAIS (9º E 10º) À DIREITA E (3º A 8º) À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM TORÁCICA À ESQUERDA
LAPAROTOMIA EXPLORADORA- CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA- GASTRORRAFIA
ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA A NÍVEL SENSITIVO DE L2- BEXIGA NEUROGÊNICA
FRATURA DO C2 E L2
FRATURA DE L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO VERTEBRAL
FRATURA DOS ARCOS COSTAIS (9º E 10º) À DIREITA E (3º A 8º) À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM TORÁCICA À ESQUERDA
LAPAROTOMIA EXPLORADORA- CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA- GASTRORRAFIA
ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

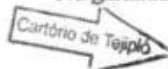
OUTORGANTE:

Nome: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: CHEFE DE TRANSPORTE
RG: 5105361 SSP CPF: 036.590.124-59
Endereço: AV BELEM DE JUDA JABOATÃO Nº 1500
CEP: 54290-000

OUTORGADA: ANA KÁTIA ARRAES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pernambuco sob nº. 45.802, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pernambuco sob nº. 16.945, com endereço eletrônico: katia.arraes.advocacia@gmail.com escritório profissional localizado a Rua José de Alencar, 670, sala 105-b, Boa Vista, Recife, Pernambuco e ALEXANDRO GREGÓRIO, RG nº. 5.326.264 SSP/PE, CPF nº. 008.154.394-84, com endereço profissional localizado na Rua França, nº. 215-B, Sucupira, Jaboatão dos Guararapes.

PODERES: Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT.

Na garantia: INVACIDECZ, Data do Sinistro: 28/09/2019



Local, Recife, PE, 04 de 12 de 20 19

Romildo Pacheco da Silveira

Delegatário

Caliope José Monteiro da Silveira

Av. Engenheiro de Lacerda, 329 - Teófilo - Recife-PE
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA COMARCA DE RECIFE-PE
Rua Fausto de Lacerda, 329 - Teófilo - CEP: 50050-910 - Fone: (081) 34557570

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 04 de dezembro de 2019 09:35:05.
Em testemunho da verdade.
Caliope José Monteiro da Silveira (1ª Sub)
Selo: 0073478.HIR11201906.01122



(Reconhecer Firma por autenticidade)

D^{ra}. Kátia Arraes OAB/PE nº 45.802 - D

Escritório: Rua José de Alencar, nº 670, sala 105-b, Boa Vista, Recife-PE

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/webdigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002318/20

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

CPF: 036.590.124-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRO GREGORIO : 008.154.394-82

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

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO : 036.590.124-59

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: 03/01/2020
Nome: ALEXANDRO GREGORIO
CPF: 008.154.394-82

ALEXANDRO GREGORIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03208-5

CONTA: 000000090800-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2701202005000000000023703208000000090800641250 PAGO

