



Número: **0035387-44.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALERIO TEIXEIRA DE LIMA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69574235	15/10/2020 16:03	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2017

Carta nº: 10723013

A/C: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170161776 ASL-0109358/17

Vítima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Data Acidente: 05/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência ilegível
- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00861/00862 - carta_03

00050431



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2017

Carta nº: 10723635

A/C: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170161776 ASL-0109358/17

Vitima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Data Acidente: 05/03/2017

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00561/00562 - carta_01



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2017

Carta nº: 10811554

A/C: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170161776 ASL-0109358/17

Vítima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Data Acidente: 05/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00543/00544 - carta_03



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2017

Carta nº: 11156320

A/C: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sinistro: 3170161776 ASL-0109358/17
Vítima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
Data Acidente: 05/03/2017
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.seguradoralider.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

Pag. 00045/00046 - carta_02



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11535052

A/C: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sinistro: 3170161776 ASL-0109358/17
Vitima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
Data Acidente: 05/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 00000120732-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01029/01030 - carta_15R



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.989.296 EXPEDIDO POR SDS PE EM 17/03/2014
CPF 763624059-91 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO RECEIAR
E RENDA MENSAL DE R\$ RECEIAR (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 a serem apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem t... INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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.

EXCELSIOR SEGUROS

20 MAR 2017

SEGURO DPVAT

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

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.

SÃO LOURONÇO 09 de MARÇO de 2017

LOCAL E DATA

Valerio Teixeira de Lima

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 ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.989.296 EXPEDIDO POR SAS - PE EM 17-10-2017 E
CPF 003629039-00 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO REVISTA
E RENDA MENSAL DE R\$ REVISTA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a 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 apareçam termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Sistema Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa);
- 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 Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.500,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0836 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 120732 **1**

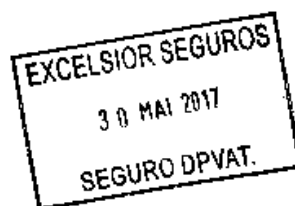
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

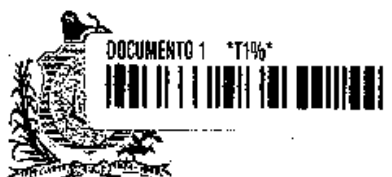
SÃO LOURENÇO 29 de MAIO de 2017 Valerio Teixeira de Lima
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.345/2006) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradortransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0128000798**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2017** às **16:02**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/3/2017** no período da **Tarde**

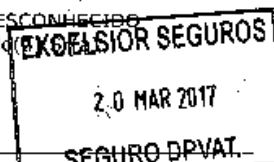
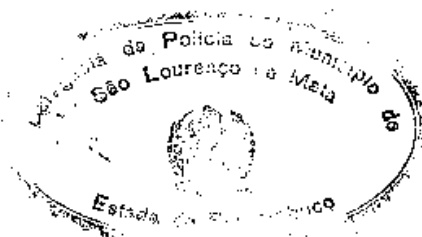
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (bairro), 01, AVENIDA DOUTOR FRANCISCO CORREIA EM FRENTE AO POSTO TRAJANO - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
EMPRESA 1002 (OUTRO)
VALERIO TEIXEIRA DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
BRINQUEDOS / JOGOS: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VALERIO TEIXEIRA DE LIMA



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

VALERIO TEIXEIRA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ODETE MARIA DE LIMA Pai: VALDOMIRO TEIXEIRA DE LIMA Data de Nascimento: 28/9/1970 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PIXETE (BAIRRO), 86, RUA NOVA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: PIXETE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

EMPRESA 1002 - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

BICICLETA (BRINQUEDOS / JOGOS) de propriedade do(a) Sr(a): **VALERIO TEIXEIRA DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALERIO TEIXEIRA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

ÔNIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EMPRESA 1002**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

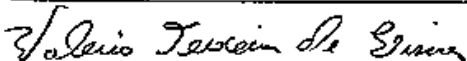
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

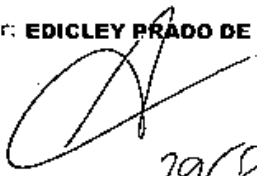
Complemento / Observação

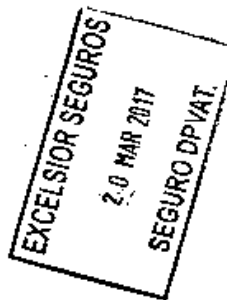
ALEGA A VÍTIMA VALÉRIO TEIXEIRA DE LIMA QUE NO DIA 05 DEC MARÇO DE 2017 ESTAVA NA VIA PÚBLICA CONDUZINDO SUA BICICLETA QUANDO NO POSTO TRAJANO FOI ATROPELADO POR UM ÔNIBUS DA EMPRESA 1002 DE PLACA, NUMERO DE ORDEM E LINHA NÃO ANOTADOS PELA VÍTIMA. A VÍTIMA ACRESCENTA QUE O AUTOR FOI EMBORA SEM PRESTAR SOCORRO MAS A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO BOMBEIROS MILITARES PARA UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E LUXAÇÃO NO JOELHO ESQUERDO

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


VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDICLEY PRADO DE ARRUDA** - Matrícula: **296831-2**


296831



09/03/2017 15:56

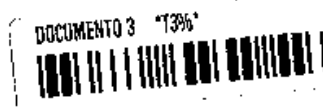
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, VALÉRIO TEIXEIRA DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 2.989.296 e inscrito no CPF/MF sob o nº 7.63.624-854-91 residente e domiciliado na RUA NOVA ESPERANÇA, 80A - CENTRO Cidade SÃO LOURENÇO DA MATA Estado PERNAMBUCO, dedaro, 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 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;

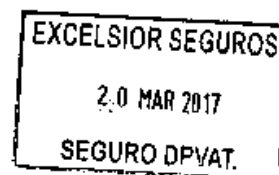
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.



Valério Teixeira de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



SÃO LOURENÇO 9-03-2017

Local e data





UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO



Atendimento: 780308

Senha da Classificação:

Data e Hora: 05/03/2017 17:56

Especialidade: CLINICA GERAL

0118

Paciente: 58950 VALERIO TEIXEIRA DE LIMA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 28/09/1970 Idade: 46 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: ODETE MARIA DE LIMA Nome do Pai: VALDOMIRO TEIXEIRA DE LIMA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO CRM: 4569
Endereço: NOVA ESPERANCA 86 Bairro: PIXETE
Cidade/UF: SAO LOURENÇO DA MATA PE Cep: 54730690 Usuário Atendimento: GLEYCEKSV
RG (Identidade): 2.989.296 SSP/PE Data de Emissão: 29/05/1987
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 86867191
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 18h

Queixa Principal

Plante foi atropelado pelo onibus, plante usou de
buceta, aconteceu as 16h. evoluiu com afasia
e contusas.

DOCUMENTO 2 "T26"

Exame Físico

Encefalopatia
infundida para deambular pela dor em joelho
Ela conta e bruta E6.15
AW/AR N/A.

Hipótese Diagnóstico

1) TCE
2) luxação em joelho

Conduta Terapêutica

1) tranqüilizante - AR S21807 1º. Miguel TAC.
Nenhuma EXCELSIOR SEGUROS

Prescrição Médica

1) Anestésico
3) tramal 100mg 01cp + 500 e SFO 197
4) Ondansetrona - 01cp + 500 EV 18/50
2.0 MAR 2017
SEGURO PRIVAT.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

5) SFO 197. 1000 g
EV aberto Senha: 80

Carimbo Médico

Usuário Triagem: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA

CONFERIDO
DO PEDIDO
ASS. _____

CONFERIDO



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/08/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	337,50
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000120732-1

Nr. da Autenticação 2D2B0A6AC106B6D7





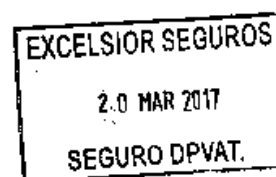
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

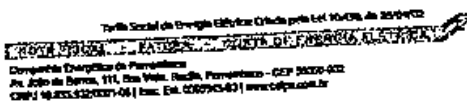
Eu, VALÉRIO TEIXEIRA DE LIMARG nº 2.989.296, data de expedição 17-03-2014 Órgão SDS-PE

CPF nº 763.624.854-91, 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>RUA NOVA ESPERANÇA</u>
Número	<u>86</u>
Apto / Complemento	<u>A</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SAO LOURENÇO DA MATA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54730-080</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99795-1502/98480.9503</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SAO LOURENÇO 09-03-2014Assinatura do Declarante: x Valério Teixeira de Lima



ENDEREÇO DA UTENTE CONSUMIDORA
- RUA NOVA ESPERANÇA 80 A

CEPSO SAC LOURENÇO CAMATA
SAC LOURENÇO CAMATA PE
54730-030

0276499017 01/2017
11/01/2017 02/02/2017
6208

000179544	00004	04/01/2007
000000000	000000000	000000000

[illegible]

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

TOTAL DAFALUF-4

TOTAL DA FATURA									
Nº DO RECIBO	Tipo da Fatura	Antecipação	DATA	VALOR	ESTADO	COMISSÃO	AGENTE	COMISSÃO GERAL	
01228	CAI	(5000000)	1952-01-01	1000000	000000	0%	1000000		7000

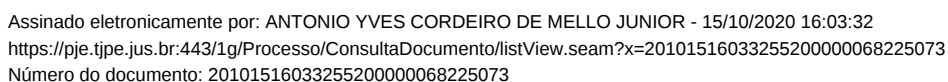
MICROFILM COPY		MICROFILM COPY		MICROFILM COPY	
DATE	TIME	DATE	TIME	DATE	TIME
1961 17	78	1961 17	78	1961 17	78
1961 18	108	1961 18	108	1961 18	108
1961 19	183	1961 19	183	1961 19	183
1961 20	115	1961 20	115	1961 20	115
1961 21	95	1961 21	95	1961 21	95
1961 22	101	1961 22	101	1961 22	101
1961 23	115	1961 23	115	1961 23	115
1961 24	101	1961 24	101	1961 24	101
1961 25	101	1961 25	101	1961 25	101
1961 26	112	1961 26	112	1961 26	112
1961 27	108	1961 27	108	1961 27	108
1961 28	98	1961 28	98	1961 28	98
1961 29	83	1961 29	83	1961 29	83
1961 30	83	1961 30	83	1961 30	83

Il presente documento è riservato ai soli fini di cui è stato emesso e non deve essere diffuso o utilizzato per scopi diversi da quelli per i quali è stato emesso. È vietata espressamente la ristampa, la riproduzione o l'uso non autorizzato senza permesso scritto dalla Direzione Generale dell'Amministrazione Finanziaria. Il presente documento è riservato ai soli fini di cui è stato emesso e non deve essere diffuso o utilizzato per scopi diversi da quelli per i quali è stato emesso. È vietata espressamente la ristampa, la riproduzione o l'uso non autorizzato senza permesso scritto dalla Direzione Generale dell'Amministrazione Finanziaria.

EXCELSIOR SEGUROS
20 MAR 2017
SEGURO DPVAT.

GENERAL INFORMATION				
COMPANY SALES POSITION	1964 SALES 1964	1965 SALES 1965	1966 SALES 1966	1967 SALES 1967
CEO	1,800	5,15	18,00	71,75
CEO/CTA	1,000	3,50	6,50	17,00
CEO	2,800	9,50	10,00	30,00

FINANCIAL INFORMATION		
FINANCIAL INFORMATION	1964 FINANCIAL 1964	1965 FINANCIAL 1965
220	792	231



2a VIA



Grupo Aboenergia
www.celpe.com.br

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ODETE MARIA DE LIMA CPF: 022.097.384-62	DATA DE VENCIMENTO 10/04/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 84,18	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/04/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 03/04/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 000050922	CONTA CONTRATO 000276499017 Nº DO CLIENTE 2002203237 Nº DA INSTALAÇÃO 0003621904
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA NOVA ESPERANÇA 86 A CENTRO/SÃO LOURENÇO DA MATA 54730-080 SÃO LOURENÇO DA MATA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásica		
As condições gerais do fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	RESERVADO AO FISCO D430.C03D.7B53.EED4.A238.BED2.836B.9D6C		

DOCUMENTO 1 *T10%*

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR
Consumo Ativo(kWh)	109,00	0,59714452	
Adesolmo Bandeira AMARELA			2,67
Adesolmo Bandeira VERMELHA			0,46
Contribuição Iluminação Pública			10,88
ICMS Subvenção-CDE-NF 000109514-04/01/17			0,38
ICMS Subvenção-CDE-NF 000182757-02/02/17			0,38
Multa por atraso-NF 000152614 - 06/03/17			1,29
Juros por atraso-NF 000152614 - 06/03/17			0,02
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			84,18



Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	8,4382550	ABR 17	109h
		MAR 17	106
		FEV 17	78
		JAN 17	78
		DEZ 16	108
		NOV 16	503
		OUT 16	113
		SET 16	97
		AGO 16	101
		JUL 16	116
		JUN 16	108
		MAI 16	192
		ABR 16	109

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
68,23	25,00	17,05	68,23	0,42	0,28	68,23	1,93	1,31

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
G37358	CAT	05/03/2017	8.219,00	03/04/2017	6.328,00	28	1,00000	0,00	109,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
fev/2017					
DIG-No.de horas sem Energia	SAD LOURENÇO DA MATA	1,87	5,31	60,62	21,25
FIQ-No.de vezes sem Energia		1,00	3,38	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DIGD-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite DIGD: 12,22	
EUSD-Maior de Energia de Uso = R\$ 22,84					
Nota: Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIG, FIC, DMIC e DIGD a qualquer tempo.					

De 1 a 30/04, tarifa do consumo reduzida em R\$0,06752/kWh (incluindo tributos e descontos) para reverter a previsão do Encargo de Energia de Reserva da Usina Angra III (REN2214/17). Efeito conforme ciclo de leitura. Mais informações: www.aneel.gov.br

Na data da fatura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.

O cliente é compensado quando faz violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.

O cliente é compensado quando faz violação no nível de tensão de fornecimento em 10,43-26,04/12, no próximo mês.

O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 58/13.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000276498017	04/2017	84,18	10/04/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ODETE MARIA DE LIMA
CPF: 022.097.394-62 NIS: 16573293003

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOVA ESPERANÇA 86 A
CENTRO/SÃO LOURENÇO DA MATA
54730-090 SÃO LOURENÇO DA MATA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

11/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

38,36

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/07/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/07/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

000129368

CONTA CONTRATO

000276499017

Nº DO CLIENTE

2002205237

Nº DA INSTALAÇÃO

0003821904

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

246A.50CC.A6F6.E121.C16A.598A.E9B0.9A81

81 9795-1302
8480-9503

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17823778	5,34
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	64,00	0,30555048	19,55
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,11
Contribuição Iluminação Pública			9,04
ICMS Subvenção-CDE-NF 000047519-03/05/17			0,65
Multa por atraso-NF 000190779 - 02/06/17			0,60
Juros por atraso-NF 000190779 - 02/06/17			0,07
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8988			3,00
TOTAL DA FATURA			38,36

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	25,00	1,40	0,35
			25,00	6,50	1,62

EXCELSIOR SEGUROS
Comprovante de residência



Tarifa Aplicada: 0,17823778

HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo até 30 kWh	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	kWh
JUL 17		94
JUN 17		104
MAR 17		117
ABR 17		109
MAR 17		105
FEV 17		78
JAN 17		79
DEZ 16		108
NOV 16		103
OUT 16		113
SET 16		97
AGO 16		101
JUL 16		116

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	9,27	57,08
Transmissão	0,87	3,88
Distribuição (Cabo)	8,01	32,04
Energias Alternativas	2,36	9,52
Tributos	1,97	7,88
TOTAL	25,00	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
63735	CAT	02/06/2017	6.549,00	04/07/2017	6.643,00	32	1,00000	0,00	94,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/08/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS META REAL	METAS META REAL	METAS META REAL
DIC-Nº de horas sem Energia	SÃO LOURENÇO DA MATA	0,00	0,31	19,62	21,23
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DMIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMIC 12,22
EUSD-Valor do Esgoto de Uso = R\$ 11,55					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DMIC a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível da tensão de fornecimento.
Pagamento em atraso gera: Multa 2%/Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 24,25.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança dos serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000276499017	07/2017	38,36	11/07/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

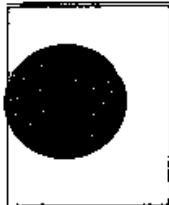


UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

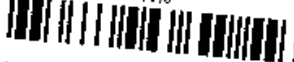
PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/03/2017 17:08



Nome Paciente: VALERIO TEIXEIRA DE LIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/09/1970
Sexo: Masculino
Idade: 46
Senha: 0114
Convênio:
Atendimento:
SAME:

DOCUMENTO 4 *T4%



Período: 05/03/2017 17:19 - 05/03/2017 17:20

JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PCTE COM ESCORIAÇÃO EM MIE E FACE APOS ATROPELAMENTO AGORA.

Observação: HAS-
DM-
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS

2.0 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

Acolhido(a) por: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/03/2017 17:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 780302

Senha da Classificação:

0114

Data e Hora: 05/03/2017 17:22

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente: 58950 VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 28/09/1970 Idade: 46 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ODETE MARIA DE LIMA

Nome do Pai: VALDOMIRO TEIXEIRA DE LIMA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: NOVA ESPERANÇA

86

Bairro: PIXETE

Cidade/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA PE

Cep: 54730690

Usuário Atendimento: JOAORCS

RG (Identidade): 2.989.296

SSP/PE

Data de Emissão: 29/05/1987

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86867191

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente com queixas de dor em face, torax e pelvis (E). Trazido pelo COPOM com relato de trauma lig. Paciente alcoolizado e pouco cooperativo.

Alergias: Ø.

Exame Físico

Escoriações em face.

ADM, força, exame N-V, marcha e msc. inferiores preservados.

Hipótese Diagnóstica

Dor em membro.

Contusão face e torax.

Conduta Terapêutica

Medicação + consult. + alta da traumatologia + curativo.

1 - Clínica Médica (trauma facial e torácico)

Prescrição Médica

Curativo

Proced. QFA IM.

77-15-
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Téc. Enfermagem
Eder Lima

EXCELSIOR SEGUROS

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório (43) Residência

Transferido:

Para:

Dr. Marcelo Patriota

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 16.807PE

Carimbo/Médico

Senha: SEGURO DPVAT.



780302

Usuário Triagem: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA



Atendimento: 780308

Senha da Classificação:

Data e Hora: 05/03/2017 17:56

Especialidade: CLÍNICA GERAL

Paciente: 58950 VALERIO TEIXEIRA DE LIMA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 28/09/1970 Idade: 46 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: ODETE MARIA DE LIMA Nome do Pai: VALDOMIRO TEIXEIRA DE LIMA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO CRM: 4569
Endereço: NOVA ESPERANÇA - 86 Bairro: PIXETE
Cidade/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA PE Cep: 54730690 Usuário Atendimento: GLEYCEKSV
RG (Identidade): 2.989.298 SSP/PE Data de Emissão: 29/05/1987
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 86867191
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 18h

Queixa Principal

Paciente foi atropelado pelo ônibus, parando numa de
barricada, aconteceu às 16h. evoluiu com afasia
e tonturas.

Exame Físico

Enfermeiro em face
deferido para ambulância pela dor em joelho
Estado Consciente e bem-estar E. 15
A. W. I. A. N. A. N.

Hipótese Diagnóstica

1) TCE
2) luxação em joelho

Conduta Terapêutica

1) Transferido - HK S2 1807 1º. Miguel, TAC.
2) Menorixa

Prescrição Médica

1) Area Ambulância
2) tramal 100mg 10cp + 500 e 500mg EV
3) Omecartona - 01cp + 500 EV 1850

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

5) S2 0197. 1000 EV aberto Senha: 120

Carimbo Médico

Usuário Triagem: JANETE DE NAZARE OLIVEIRA

6) Afai PA
Ajna

CONFIRMADO
DO PEDIDO
ASS. CONFIRMADO



26/03/2017
09:05
10:05

Solicito avaliação da Ortopedia.

Juliana Araújo
Médica
CRM-PE: 24919

11:15

Reavaliação

Paciente refere dor em HTD.

Ao exame, EGB, consciente, orientado

ACV: RCR em 2T, BNF, S/S.

AR: MV(+) em AHT, S/RA. Não palpo enfisema subcutâneo.

CD. ① Trama dol - OJamp + SF09/100ml, EV.

② Alta após medicação.

③ Libero dieta livre.

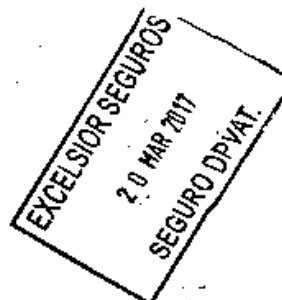
Juliana Araújo
Médica
CRM-PE: 24919

Swann de Andrade
Enfermeiro
COREN-PE 468241

CONFERIDO

DO PEDIDO

SS. [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 16:03:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101516033255200000068225073
Número do documento: 20101516033255200000068225073





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA



DATA: 05/03/17 HORA: 22:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Valerio Teixeira de Lima Número do Atendimento: _____
Idade: _____ Acompanhada por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Paciente vítima de atropelamento

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras _____

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocrado () Hipocrado () Aclanótico () Cianótico () Anictico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Afebril () Febril T. AXILAR: _____ °C FR _____ IPM Sat O2: _____ () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitanes FC _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Chelo () Ritmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico () Jugular () Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () Acelta bem () Parcialmente () Não aceita ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Pisos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido () Odor característico () EMATICO Aspecto: () Hematemase () Cor _____

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Hematuria () Hemorragia () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____

Marcelo Mota
Enfermeiro
COREN-PE 362.808

EXCELÊNCIA SEGUROS
2.0 MAR 2017
SEGURO DPVAT



UPA-24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/03/2017 17:47



Nome Paciente: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/09/1970
Sexo: Masculino
Idade: 46
Senha: 0118
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/03/2017 17:48 - 05/03/2017 17:48

JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCTE COM ESCORIAÇÃO EM FACE APOS ATROPELAMENTO AGORA

Observação:

HAS-
DM-
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade:

CLINICA GERAL

EXCELSIOR SEGUROS

20 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

Acolhido(a) por: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/03/2017 17:48

Forma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Valério Teixeira de Lima Registro: 780308

Enfermaria: _____ Leito: _____

Hora Admissão: _____ Plantão: () DIURNO (X) NOTURNO DATA: 05/03/2017

Estado Geral	() Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	() VO () SNG	() SNE	() Dieta Zero
Padrão Respiratório	() Eupneico	() Dispneico	
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	Local: _____
Curativos	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	() Presente	() Ausente	() SVD/SVA Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
06:00	118x77	-	65	-	72	-	<u>[Assinatura]</u>

Técnico de Enfermagem: _____

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Registro: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Hora Admissão: _____ Plantão: () DIURNO () NOTURNO DATA: ____/____/____

Estado Geral	() Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	() VO () SNG	() SNE	() Dieta Zero
Padrão Respiratório	() Eupneico	() Dispneico	
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	Local: _____
Curativos	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: EXCELSIOR SEGUROS
Diurese	() Presente	() Ausente	() SVD/SVA Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

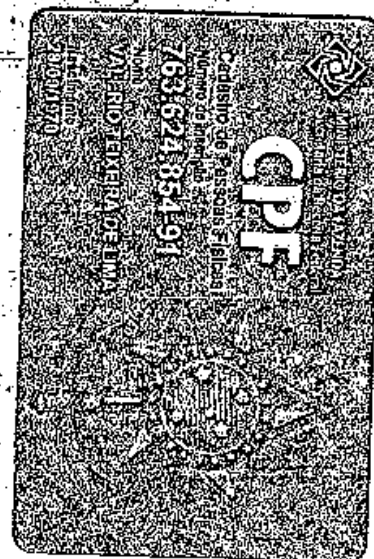
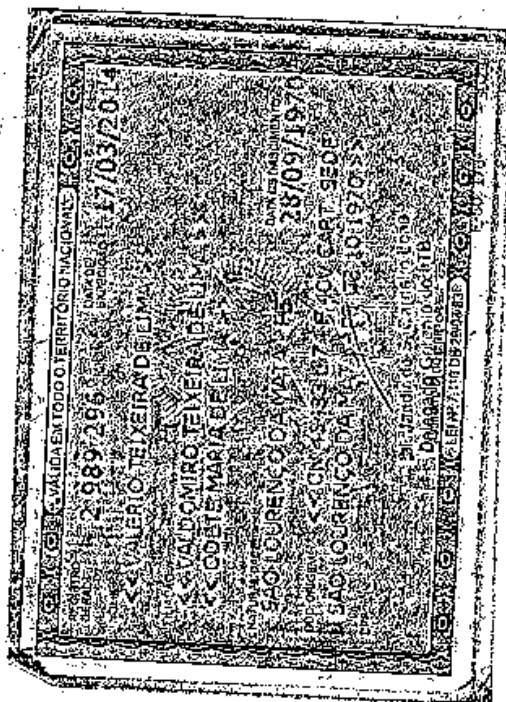
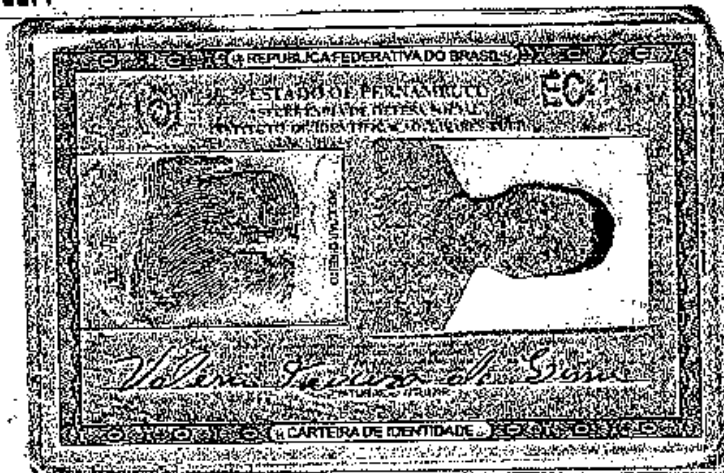
HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem: _____

2.0. MAR 2017
SEGURO PRIVAT



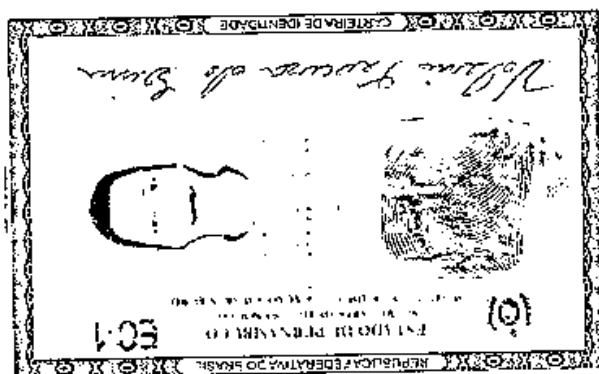
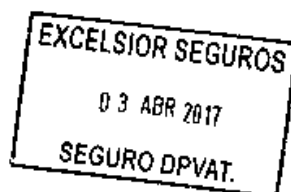
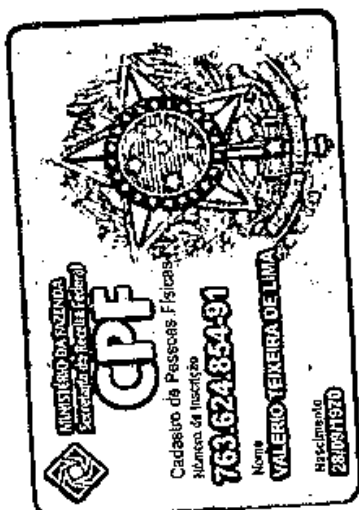
DOCUMENTO 5 *T5*



EXCELSIOR SEGUROS
2.0 MAR 2017
SEGURO DPVAT.



DOCUMENTO 1 "T196"



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.989.296 DATA DE EXPEDICÃO 17/03/2014

NOME << VALERIO TEIXEIRA DE LIMA >>

ALUGADO << VALDOMIRO TEIXEIRA DE LIMA >>
<< ODETE MARIA DE LIMA >>

NATURALIDADE SÃO LOURENÇO DA MATA - PE DATA DE NASCIMENTO 26/09/1970

DOC. ARREDA << CN. 46483 L. 74 F. 40V CART. SEDE
SÃO LOURENÇO DA MATA - PE 10.1970 >>

CMV

De Juracy do S. Carmona Lobo
Delegado Geral do IIRB

LEI Nº 7.114 DE 1974

EXCELSIOR SEGUROS
03 ABR 2017
SEGURO DPVAT.





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Valério Teixeira de Lima
DATA DO ACIDENTE 05/03/17 CPF DA VÍTIMA 763.624.854-91
PORTADOR DO DOCUMENTO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTILHA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() PRECATORIO JUDICIAL E LEGÍVEL DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUINTAS
() AS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMACIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (PREVIDA). ESTE VALOR VARIA CONFORME TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODODANAMATO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/03/17

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 13/03/17

NOME

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109358/17
Vítima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
CPF: 763.624.854-91

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/03/2017
Titular do CPF: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

Outros



VALERIO TEIXEIRA DE LIMA : 763.624.854-91
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.



Portador da documentação entregue

Data: 12/07/2017
Nome: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
CPF : 763.624.854-91

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 12/07/2017
Nome: DANIELLE BARROS LEITE
CPF: 083.662.514-54

VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

DANIELLE BARROS LEITE



**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): **VALERIO TEIXEIRA DE LIMA** Sinistro: **3170161776** Data: **05/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Nova Esperança, 86, A - Centro - São Lourenço da Mata - PE - CEP 54730-080**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **2989296**

Data local do exame: [**14/08/2017**] **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) **Traumatismo craniano leve. Trauma contuso em face, tórax e joelho esquerdo. Entorse do joelho esquerdo. Vítima refere dor no joelho esquerdo aos esforços. Ao exame, apresenta discreto edema com limitação residual da flexão do joelho esquerdo.**

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. **A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização do joelho e analgesia, além de curativo das feridas.**

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 joelho esquerdo

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano: (**X**) 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

% 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.


Dra. Ana Maria Barros Falcão
CRM 8978 - PE

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8978 - PE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170161776 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA **Data do acidente:** 05/03/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano leve. Trauma contuso em face, tórax e joelho esquerdo. Entorse do joelho esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor no joelho esquerdo aos esforços. Ao exame, apresenta discreto edema com limitação residual da flexão do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização do joelho e analgesia, além de curativo das feridas.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

