



Número: **0029048-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70347369	30/10/2020 10:58	ANEXO 1	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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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 15291983

Pag. 00767/00768 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00593/00594 - carta_03 - INVALIDEZ

00060297



Carta nº 15298096





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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01765/01766 - carta_03 - INVALIDEZ

00060883



Carta nº 15381124





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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0172701728 - carta_02 - INVALIDEZ

00060864



Carta nº 15602142





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, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0101701018 - carta_07 - INVALIDEZ

00070509



Carta nº 15631059



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

092.124.364-20

Robson José Amorim da Silva

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

5 - Nome completo:

Robson José Amorim da Silva

6 - CPF:

092.124.364-20

7 - Profissão:

Desempregado

8 - Endereço:

R. Princesa Lot. A. Grande

9 - Número:

68

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Princesa

12 - Cidade:

Lagoa do Carro

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.820.000

15 - E-mail:

robertoamorim@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 93915-3756

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1242

CONTA:

000.984.666.641

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Carpiú, 19/11/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 1002/2010





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19055753B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/BIZ 125 ES

Placa: PCK3732

Nº BOAT: 19055753B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 2563467

Data: 11/10/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B948FD7.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19055753B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B948FD7.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19055753B01

V2 - Proprietário

Nome: DANILO MALTA DOS SANTOS
Email:
Endereço: RECIFE-PE

CPF/CNPJ: 075.101.254-80
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ARTUR FREDERICO DE ABREU E LIMA

V2C - Informações

Nome: ARTUR FREDERICO DE ABREU E LIMA
CPF: 878.976.604-00
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim
Informações complementares: Teste de etilômetro 3050 negativo

Data de Nascimento: 10/03/1976
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD
UF: PE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 15/03/1994
Vencimento da habilitação: 06/09/2024

Nº Registro: 00561841450
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA AMARO COUTINHO, 0000000623, AP 1301 TORRE A, ENCRUZILHADA, RECIFE-PE
Telefone: 991743930

Email:



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.fgov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19055753B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / NISSAN/VERSA 16 SL

Placa: PSE6914

Nº BOAT: 19055753B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 2563467

Data: 11/10/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviária Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A67BF976B94BFD7.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviária FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19055753B01

localizado na via, em frente ao Hospital das Clínicas



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Polícia Rodoviária Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19055753B01

V1 - Proprietário

Nome: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA
Email:
Endereço: LAGOA DO CARRO-PE

CPF/CNPJ: 092.124.364-20
Telefone: 991983853

V1C - CONDUTOR DE V1 - ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

V1C - Informações

Nome: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA
CPF: 092.124.364-20
Estado físico: Lesões Leves
Informações complementares: O condutor de V1 não era habilitado.

Data de Nascimento: 05/06/1988
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: SAO JOSE, 110, CASA, SOLEDADE, LAGOA DO CARRO-PE
Telefone: 991983853

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Condutor do veículo tratava-se de vítima lesionada com aparente fratura na perna e foi socorrida pelo SAMU, através do atendimento de Jeremias Paes, através da viatura Básica 3 e encaminhado ao Hospital da Restauração.

V2 - VEÍCULO 2 - PSE6914 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: PSE6914 Marca/modelo: NISSAN/VERSA 16 SL
Ano fabricação: 2015 Chassi: 94DBCAN17GB103644
Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Renavam: 01053952349
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Cinza

Manobra no momento do acidente: Estacionado/parado na faixa de rolamento

Informações complementares: O veículo encontrava-se parado na faixa de rolamento devido a sinal semafórico



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviária Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A67BF976B94BFD7.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19055753B01

Placa: PCK3732 Marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Ano fabricação: 2015 Chassi: 9C2JC4820FR609763

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Ultrapassando

Informações complementares: Ultrapassando V2 que encontrava-se parado devido à semáforo

Renavam: 01078939370

Tipo de veículo: Motoneta

Cor: Preta

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: veículo com licenciamento 2019 vencido recolhido para o Pátio da Vip Guinchos



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

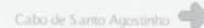
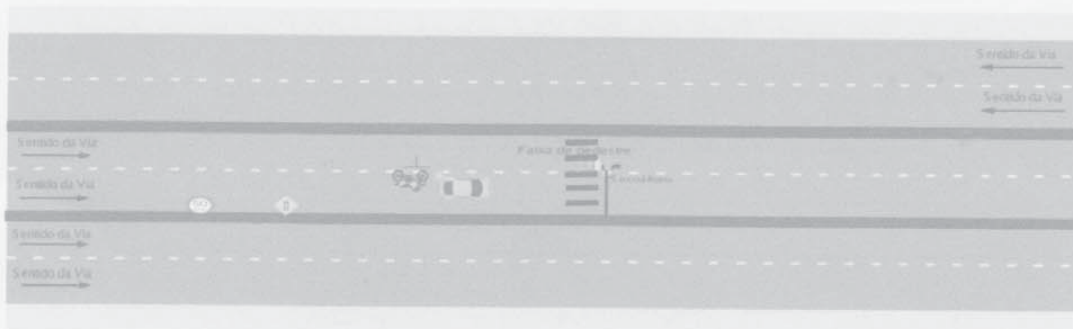


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19055753B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	
2	Tombamento	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	11/10/2019 20:15	11/10/2019 21:20

V1 - VEÍCULO 1 - PCK3732 - MOTONETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19055753B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 11/10/2019 Hora: 20:15 Município: RECIFE/PE
BR: 101 KM: 67,4 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: RICARDO SOARES BASTO, 2563467

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 11/10/2019, por volta das 20 horas e 15 minutos, no km 67 da BR-101, em Recife-PE, ocorreu um acidente, do tipo colisão lateral, com uma vítima lesionada. Os veículos envolvidos foram: motocicleta HONDA/BIZ 125 ES de placa PCK3732 (V1), e o veículo passeio NISSAN/VERSA 16 SL de placa PSE6914 (V2). Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que devido a falta de cuidado e atenção à condução, V1 não guardou a devida distância de segurança ao tentar ultrapassar V2 pela esquerda vindo a colidir com a lateral do mesmo o que ocasionou o tombamento de V1. Ocorre que V2 encontrava-se parado devido a ordem emanada do semáforo existente naquele local, quando foi surpreendido com a colisão de V1 em sua lateral. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção de V1 ao aproximar-se de V2 que encontrava-se parado em um trecho da via onde existia um semáforo que naquele momento emanava a ordem de parada. Observações: A vítima lesionada de V1 foi socorrida pelo SAMU, pelo Tec enfermagem Jeremias Paes 1098853, Básica 3, e encaminhada ao Hospital da Restauração. V1 encontrava-se com licenciamento atrasado e em consequência foi removido para o pátio da VIP Guinchos. O condutor de V1 não era habilitado.



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviária Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B948FD7.

191





Número: **0029048-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70347370	30/10/2020 10:58	ANEXO 2	Outros (Documento)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

092.124.364-20

Robson Jose Amorim da Silva

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

5 - Nome completo:

Robson Jose Amorim da Silva

6 - CPF:

092.124.364-20

7 - Profissão:

Desenho Industrial

8 - Endereço:

R. Princesa Lot. A Granville

11 - Bairro:

Princesa

12 - Cidade:

Lagoa do Carro

9 - Número:

68

10 - Complemento:

15 - E-mail:

robertoamorim@hotmail.com

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.820-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 93915-3756

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1242

CONTA:

000.984.666.641

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒

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

☐

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

☐

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Vivo

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:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Caruaru, 19/11/2019

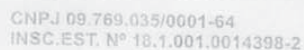
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 1002/2010





DE DEBITO

NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS - ATENCAO

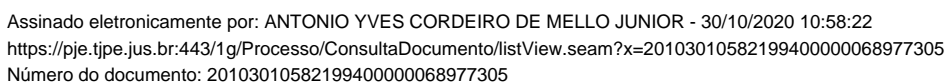
A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTES AVISOS, DE ACORDO COM O DECRETO
ESTADUAL Nº 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE
QUE, CASO OS DÉBITOS NÃO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A
SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA, MANTENDO OS
DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU IMÓVEL PARA APRESENTAÇÃO
AOS NOSSOS FUNCIONÁRIOS. PAGUE EM DIÁ SUAS CONTAS, EVITE O
CORTE E A NEGATIVAÇÃO DO SEU NOME NO SPC SERASA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

EMI55A0: 26/09/2019

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS COFINS			

VENCIMENTO: TOTAL A PAGAR: 381,28



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	080.11.2019
DATA	28.11.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **TEREZINHA GOMES DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5278073** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **045.181.214-06**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-693342**, que no dia 11 de outubro de 2019, o paciente Sr. **ROBSON JOSÉ AMORIM DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **6264046** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **092.124.364-20**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 21h10, na ROD BR-101, em frente ao Hospital das Clínicas, no bairro Caxangá, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital da Restauração.
Recife, 28 de novembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1696886	ATENDIMENTO: 01495412
DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1988	FOI ATENDIDO EM: 11/10/2019 Às 22:10	
	DATA DA ALTA: 23/10/2019 Às 11:41	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TIBIA DIREITA (CID: S.82)

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA DIREITA COM TUBO A TUBO BIPLANAR.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 30 DIAS;
CURATIVO DIARIO NO POSTO DE SAUDE;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

RETORNAR PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA, APOS 21 DIAS, PARA DR. FRANCISCO DE ASSIS.

Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Médico
CRM: 100.779

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº.7472

Recife, 23, OUTUBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	080.11.2019
DATA	28.11.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **TEREZINHA GOMES DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5278073** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **045.181.214-06**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-693342**, que no dia 11 de outubro de 2019, o paciente Sr. **ROBSON JOSÉ AMORIM DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **6264046** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **092.124.364-20**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 21h10, na ROD BR-101, em frente ao Hospital das Clínicas, no bairro Caxangá, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital da Restauração.
Recife, 28 de novembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1696886	ATENDIMENTO: 01495412
DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1988	FOI ATENDIDO EM: 11/10/2019 Às 22:10	
	DATA DA ALTA: 23/10/2019 Às 11:41	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TIBIA DIREITA (CID: S.82)

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA DIREITA COM TUBO A TUBO BIPLANAR.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 30 DIAS;
CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

RETORNAR PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA, APOS 21 DIAS, PARA DR. FRANCISCO DE ASSIS.

Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Médico
CRM: 100.779

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº.7472

Recife, 23, OUTUBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1494997/2019.

NOME: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA.

Foi atendido às 22h10 do dia 11.10.2019.

Diagnóstico provável: Politrauma
Fratura exposta de tíbia (D)
(Acidente motociclístico)

Tratamento realizado:
Trat. cirúrgico da fratura exposta de tíbia (D)
em 12.10.2019
Trat. cirúrgico de fratura de tíbia (D)
em 21.10.2019
Fisioterapia motora
Trat. de suporte clínico
Obs. Alta em 23.10.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 10.02.2020

SEC - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
MÉDICO

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

Scanned with CamScanner





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.264.046 DATA DE EMISSÃO 26/04/2018

ROBSON JOSÉ AMORIM DA SILVA >>

JOSÉ SEVERINO DA SILVA >>

HELENA DE AMORIM FERREIRA >>

PAUDALHO - PE DATA DE NASCIMENTO 05/06/1988

0002481 85 LAGOA DO CARRO/PE >>

092.124.364-20

118741203004122519 RG/59514



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717337 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia direita

Descrição do exame físico: Vítima em uso de fixador externo, deambula com auxílio de muletas, com limitação no movimento de tornozelo.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirurgico com fixador externo, não fez fisioterapia. Ainda em acompanhamento médico

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 13/03/2020

Conduta mantida:

Observações: Recomendamos nova avaliação médica em 90 dias.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717337 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (P1,ANEXO2 P2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SEM DESCRIÇÃO CIRÚRGICA E EXAME DE IMAGEM.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466227/19

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

CPF: 092.124.364-20

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA : 092.124.364-20

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: 23/12/2019
Nome: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA
CPF: 092.124.364-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466227/19

Número do Sinistro: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

CPF: 092.124.364-20

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 15/01/2020
Nome: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA
CPF: 092.124.364-20

ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190717337**

Nome do(a) Examinado(a): **ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

r projetada lot agrovila, 68 - Lagoa do Carro - PE - CEP 55820000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6264046**

Data e local do acidente: [**11/10/2019**] **Recife, PE**

Data e local do exame: [**13/03/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta de tibia direita

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

Vítima em uso de fixador externo, deambula com auxílio de muletas, com limitação no movimento de tornozelo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetida a tratamento cirurgico com fixador externo, não fez fisioterapia. Ainda em acompanhamento médico

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

[☐] Sim [☒] Não

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

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



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

(X) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em 90 dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

