



Número: **0068156-08.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE EDIVALDO DA SILVA (AUTOR)	CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72247 579	09/12/2020 11:42	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



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

---

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190401816**      **Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/04/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOSE EDIVALDO 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

Pag. 01645/01646 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010823

Carta nº 14503974



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:42:38  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911423861400000070829102>  
Número do documento: 20120911423861400000070829102

Num. 72247579 - Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190401816**      **Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA**  
**Data do Acidente: 10/04/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**  
**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01935/01936 - carta\_02 - INVALIDEZ



00050968

Carta nº 14567805



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:42:38  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911423861400000070829102>  
Número do documento: 20120911423861400000070829102

Num. 72247579 - Pág. 2



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

---

**Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190401816**      **Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/04/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE EDIVALDO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: JOSE EDIVALDO DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000000290-9**

**Conta: 000002922592-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190401816 Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 10/04/2017 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Senhor(a). JOSE EDIVALDO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

B22 01621/01622 2272 08 INV/AL IDEZ



Carta n° 14758600



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:42:38  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911423861400000070829102>  
Número do documento: 20120911423861400000070829102

Num. 72247579 - Pág. 4



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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, **JOSE EDIVALDO DASILVA**

PORTADOR(A) DO RG Nº **2763929**

EXPEDIDO POR **SSP PE**

EM **28/11/2016**

CPF **350021330406** /CNPJ **0000000000000000**, PROFISSÃO **viseall**

E RENDA MENSAL DE R\$ **787,54** (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **\_\_\_\_\_**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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](http://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 **031** Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) **02909** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **2922532-3**

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

Nº do BANCO **031** Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) **02909** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **2922532-3**

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.

*Reci. 04 de Julho de 2017*  
LOCAI E DATA

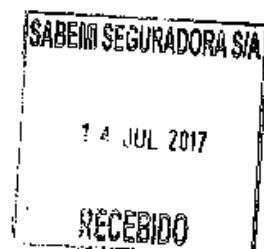
*Isabeli Seguradora S/A*  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

*14 JUL 2017*

### 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC 0800-0221204.





**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Código de Inscripción de M.

Eu, José Edinaldo da silva, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº 399.241.304-06 residente e domiciliado na Sts nacional Cidade Salvador, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há 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.

fori Colino Sfo da. Sf. 24

**Assinatura do declarante**  
conforme documento de identificação.

Recipe 1606-2017:

### Locate data



PREFEITURA DE CAMARAGIBE  
SAMU 192 – Base Camaragibe  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o paciente José Edivaldo da Silva, RG. 2763929 SSP-PE, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – Base Camaragibe, no dia 10 de abril 2017, vítima de queda de moto, na Rua Barão Paranaiba S/N, no Município Camaragibe - PE, removido para Hospital de Fraturas do HAPI Vida, e gerada a ocorrência de Nº. S. 318623.

Camaragibe, 11 de abril de 2017.

  
Glenda Sheila  
Enfermeira  
COREN 399100  
Glenda Sheila de Melo Falcao

Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192  
Base Descentralizada Camaragibe

Recebido 01 cópia de igual teor, data: 11 de abril de 2017.

Assinatura: Daniel José da Silva

Rua Pio XII, Nº 555, Bairro Novo, Camaragibe-PE. CEP 54792-620  
Fone: (81) 3458-6834



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDIVALDO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00290-9

CONTA: 000002922592-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO29072019050000000002370029000002922592236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:42:38  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911423861400000070829102>  
Número do documento: 20120911423861400000070829102

Num. 72247579 - Pág. 9



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ONZE DE AGOSTO - NRM. - 00564 - FOTO RECIFE  
PE 50791-480



DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 36471001 - Fev/2017	
JOSE EDIVALDO DA SILVA			
1TV NACIONAL, N 09173		CURADO IV JABOTAC BOS GUARARAPES	
PE 54270-171			
INSCRIÇÃO: 343-400-040-0149-000	GRUPO: 1 - RES. AUTOMATICO	056471001	
SITUAÇÃO ÁGUA:	SITUAÇÃO ESGOTO:	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AVE)
A165406242	09/02/2017	10/03/2017	ESTIMADO

ÁGUA:  
LEIT ANT: 1070 CONSUMO:20  
LEIT ATU: 19  
LEIT FAT: 19 HD SUB INFOR

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO	VALOR DE AMOSTRAS		
		EXIG.	PORT.	ANALISES ATENDEN.
01/2017	23	RS 2,00	RS 1,00	RS 1,00
12/2016	25	TURBIDEZ	101	99
11/2016	19	COR APARENTE	101	99
10/2016	18	CLORO RESIDUAL	101	99
09/2016	22	COLIF. TOTAIS	101	99
08/2016	17	CL. BILI	101	99
MÉDIA:	21			

CBs.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 37,25 POR UNIDADE	10 M3	37,25
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,27 POR M3	10 M3	42,70

DISTRIBUIÇÃO BASE DE CÁLCULO (%) PORCENTUAL MÍNIMO VALOR DE INSCRIÇÃO			
M3	79,95	1,63	1,32

VENCIMENTO: 20/03/2017 TOTAL A PAGAR: 79,95

HENSAÇÃO:  
IMÓVEL NÃO POSSUI DEBITOS PFP 2016, EXCETO  
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

SABEMI SEGURADORA S/A

19 JUN 2017

RECEBIDO



ESTE RECEBO É UM TÍTULO AO PORTADOR PARA TORNAR-SE  
DIREITO EM CASO DE VENDAS DE OUTROS PRODUTOS. SEUS DIREITOS SÃO  
SOBRE OS CONTRATOS FEITOS SOUS SEGUNDO OS TERMOS DA  
CONTRATADA PELO CUSTO. PODE RECEBER O PRÉMIO DE 90 DÉS. PELO  
PE 50791-480

01-64  
1.0014398-2  
TO RECIFE

DADOS DO CLIENTE  
JOSE EDIVALDO DA SILVA MATRÍCULA: 56471901 Fev/2019  
1TV NACIONAL, N. 00173 - - CURADO IV JABOATÃO DOS GUARARAPES  
PE 54270-121  
INSCRIÇÃO: 342.428.040.0148.000 GRUPO:14 DEB. AUTOMÁTICO: 056471901

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A165406741	DATA LEIT. ANTERIOR 08/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 10/03/2019		TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL	

AQUA:  
LEIT-ANT: 342 CONSUMO:9  
LEIT ATU: 351  
LEIT FAT: 351

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

01/2019	08	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDEN.
12/2018	08	TURBIDEZ	131	110	110
11/2018	07	COR. APARENTE	131	110	101
10/2018	09	CLÓRO RESIDUAL	131	110	110
09/2018	09	CÓLIF. TOTAIS	131	110	106
08/2018	12	E. COLI	131	110	110
MÉDIA:	09				

Qualidade de Água: [www.compeca.com.br](http://www.compeca.com.br)  
OBS.: (1) COFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

9 M3 41,30

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/03/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:

IMÓVEL NÃO POSSUI DEBITOS DE 2018, EXCETO  
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

EXCELSIOR SEGUROS  
28 JUN. 2019  
SEGURO DPVAT



## Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, José Edvaldo da Silva,  
RG nº 2763929, data de expedição 29/07/1993  
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 399.273.304-06, com  
domicílio na cidade de JARAGUAZOS GUARARAPES, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
17v Nacional, nº 143,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José Edvaldo da Silva, cujo o condutor era  
José Edvaldo da Silva.

Véículo: Moto  
Modelo: HONDA /GG350 FAN 850I  
Ano: 2014/2014  
Placa: OYM 4147  
Chassi: 9C2K C3680ER028943  
Data do Acidente: 10/04/2014  
Local e Data: JARAGUAZOS GUARARAPES, 33 de Maio 2015

José Edvaldo da Silva  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



## Declaração do Proprietário do Veículo

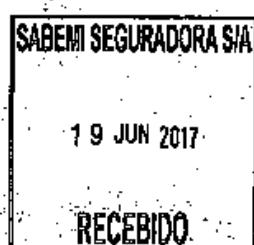


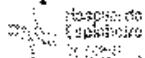
Eu, José Edvaldo da Silva,  
RG nº 2763929, data de expedição 29/07/1993  
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 399.273.304-06, com  
domicílio na cidade de JARAGUAZOS GUARARAPES, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
17v Nacional, nº 143,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José Edvaldo da Silva, cujo o condutor era  
José Edvaldo da Silva.

Véículo: Moto  
Modelo: HONDA /GG350 FAN 850I  
Ano: 2014/2014  
Placa: OYM 4147  
Chassi: 9C2K C3680ER028943  
Data do Acidente: 10/04/2014  
Local e Data: JARAGUAZOS GUARARAPES, 31 de Março 2015

José Edvaldo da Silva  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





21 de 1

**FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Letto: 300212/7 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA Atendimento: 12716689 Prontuário: 3120116 Convênio: HAPVIDA

Professionalität: HELMUT SKAU CRM 19850 | 11 | N°: 04956750 11/04/2017 és 00:28

## ANAMNESE

PACINTÉ VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA REMOVIDO PELO SAMU.  
NÃO CAIU APENAS SOfreu IMPACTO EM MID REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA.  
NEGA OUTRAS COMORBIDADES. NEGA ALERGIAS.

**EXAME FÍSICO  
EM USO DE IMOBILIZAÇÃO  
FERIMENTO COM SINAIS DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA.**

---

610

SB23 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

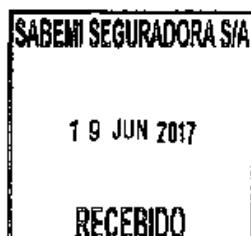
## DIAGNÓSTICO

#### Hipótese Diagnóstica

Digitized by srujanika@gmail.com

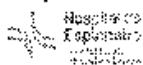
第4章 4.2

2020 EGAT DA EXTREMIDADE DIGITAL DA TERRA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:42:38  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911423861400000070829102>  
Número do documento: 20120911423861400000070829102

Num. 72247579 - Pág. 14



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE Leito: 300212/7 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA Atendimento: 12716686 Prontuário: 3120116 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): EULINO ALVES COUTINHO CRM 11699 [1] N°: 04956819 11/04/2017 às 00:55

### ANAMNESE

#### Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLIO HA 2 HORAS.  
SOCORRIDO PELO SAMU. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍLIPNEICO.  
AO EXAME - DEFORMIDADE DE TERÇO DISTAL DA PERNAS DIR COM  
SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE E SANGRAMENTO ATIVO

[1]

C= FAÇO CURATIVO COMPRESSIVO, TALA BORA, KEFLIN 2G EV E  
ANTITETANICA, SOLICITO MATERIAL FIXADOR EXTERNO E FAÇO  
CONTAJO COM SOBREAVISO DA CIRURGIA

HD= FRATURA EXPOSTA DE TERÇO DISTAL DE PERNAS DIR

[1]

### CID10

S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNAS

### DIAGNÓSTICO

#### Hipótese Diagnóstica

#### CID10

S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNAS

[1]

SABEMI SEGURADORA S/A

19 JUN 2017

RECEBIDO



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

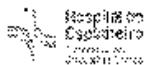
Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 3002127 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA	Atendimento: 12718689	Prontuário: 3120116	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): ÁNITA DA SILVA LESSA SENA COREN/PE 21345 [1]		Nº: 04956968	11/04/2017 às 02:04

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	SORO GLICOSADO 5% TUBO 500ML EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ÁNITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA [1]
	SORO FISIOLOGICO 0,9% TUBO 500ML EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ÁNITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA
	RINGER COM LACTATO TUBO 500ML EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ÁNITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA
	TETANO GAMMA AMPI 1U IM JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ÁNITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA
	KEFLIN FRAP 1GR EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ÁNITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA





## Evolução de Enfermagem

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Ponto: POSTO EMERGÊNCIA - HE Leito: 300212/7 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA	Atendimento: 12716689	Prontuário: 3120116	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): ANITA DA SILVA LESSA SENA COREN 21345 [1]		Nº: 04956980	11/04/2017 às 02:11

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE [1]

KIEFLIN FRAP 1CR EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

PROFENID IV FRAP 100MG EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

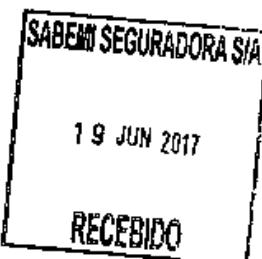
DIPIRONA AMPL 1000MG EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

CURATIVO COM ATADURA F GAZE ACOCHOADA GRANDE JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MÉDICO JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: OK

PUNCAO C/ JELCO JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

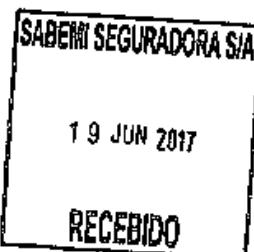
TALA BOTA JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: OK

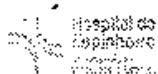


## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/7	02/05/2017 17:02
Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA	Atendimento: 12716689	Prontuário: 3120116	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): ANITA DA SILVA LESSA SENA COREN/PE 21345 [1]	Nº: 01966991	11/04/2017	AS 02-14
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	TRAMAL AMPL 100MG EV JUSTIFICADO AS 02-04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA [1]		





**FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO**  
**DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**12718291**



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

02/06/2017 16:17:05

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
3120116	JOSE EDIVALDO DA SILVA		M	19/12/1963	53
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
2763929 SDS PE	39927130408			1-CASADO	
Endereço					
R RUA ALMIRANTE SALDANHA DA GAMA 148 BOA VIAGEM RECIFE-PE CEP:51130220					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe			
87749779		MARGARIDA MARIA DA SILVA			

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
11/06/2017	08:41		
Médico Atendente		Clinica	
1425064 EULINO ALVES COUTINHO		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
1425064 EULINO ALVES COUTINHO		0 INTERNACAO	
Avaliação médica			

**DADOS DO CONVENIO**

Convenio	Plano	BORBORRMA IMPERIAL TRANSPORTES LTDA	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
29332000255007012			

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
10890459	99998866	C33911069	INTERNACAO
10890459	30727138	C33911069	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
9883707	32040083	169846995	PERNA (MEMBROS INFERIORES)



R4210R - DANILO DE SOUZA BRANDAO



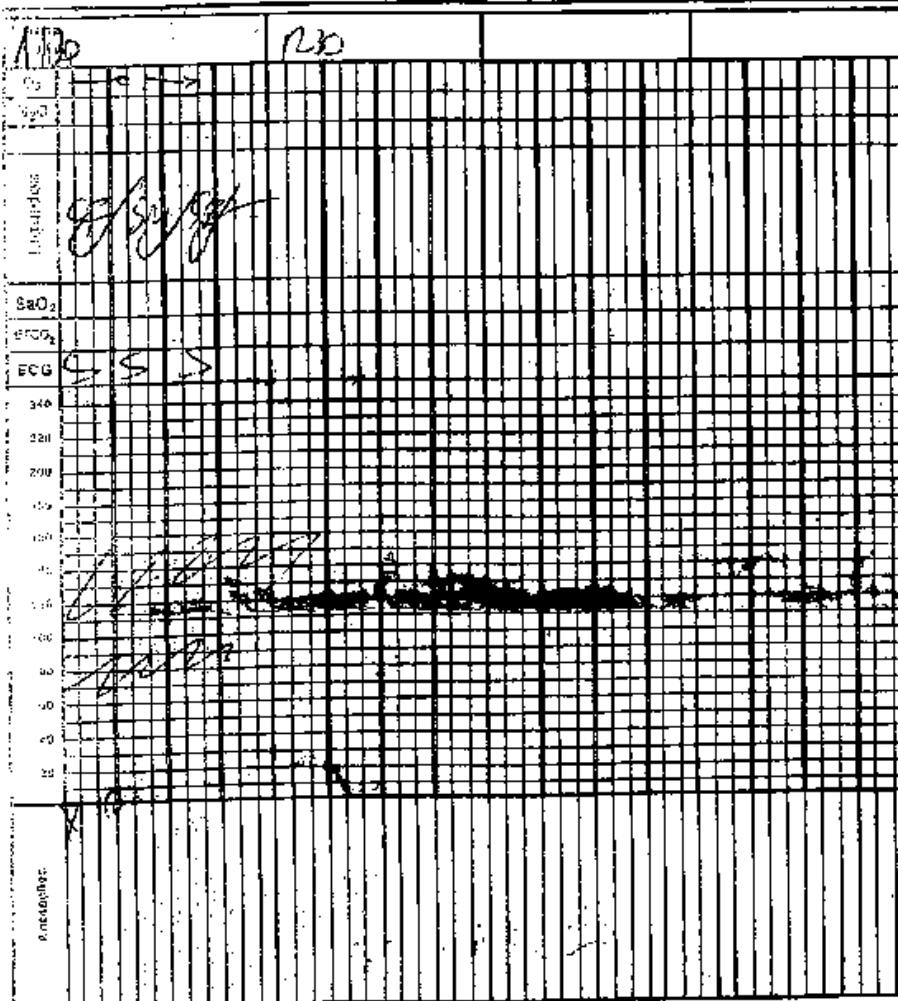
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:42:38  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911423861400000070829102>  
 Número do documento: 20120911423861400000070829102

Num. 72247579 - Pág. 19

## UCHA DE ANESTESIA

Date	Hospital	Accommodation
11/24/11	St. Elizabeth's	11/24/11

Paciente: João Batista da Silva | Sexo: M | Data: 15/03/2016 | Idade: 53 | Número: II  
 Nome do Anestesista: Dr. Alexandre Jr. | Nome do Cirurgião: Dr. Fábio Góes  
 Unidade: Pronto-Socorro | Data: 10/03/2016 | Hora: 12:18:29 | Urgência: NÃO  SIM



<b>Monitorização:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ECG</li> <li><input type="checkbox"/> Cardiopulmão</li> <li><input type="checkbox"/> Diametro</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PNI</li> <li><input type="checkbox"/> Sonda Vesical</li> <li><input type="checkbox"/> Capnógrafo</li> <li><input type="checkbox"/> Cetor Puls-Cordial</li> <li><input type="checkbox"/> Outros</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Temperatura</li> <li><input type="checkbox"/> Swan-Ganz</li> <li><input type="checkbox"/> Analisador Gases</li> <li><input type="checkbox"/> PVC</li> <li><input type="checkbox"/> Espremedor de Nervo</li> <li><input type="checkbox"/> Linha Arterial</li> <li><input type="checkbox"/> Voluntaria IBP Plus</li> </ul>	
<b>Encaminhado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Acordado</li> <li><input type="checkbox"/> Somolento</li> <li><input type="checkbox"/> Inubado</li> </ul>			
<b>Intercorrência:</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			
<b>Descriver:</b> <hr/> <hr/> <hr/>			
<b>Observações:</b> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"><i>DR. Alexandre Reis</i> Médico CRM-12404</p>			
<b>SABERI SEGURADORA S/A</b>			
Assinatura do Aprendiz: 			
19 JUN 2017			



BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 114-P2/1 11/04/2017 12:32

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA	Atendimento: 12718291	Prontuário: 3120116	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): PAULO CEZAR VIDAL ALBUQUERQUE CRM 8221 MCF 11/04/2017	Nº: 04959950	11/04/2017	às 12:26

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Clínico	S82	[1]
---------------------	-----	-----

Diagnóstico Cirúrgico	S92	[1]
-----------------------	-----	-----

**DADOS DA CIRURGIA**

Data Da Cirurgia	11/04/2017	[1]
------------------	------------	-----

Hora Da Cirurgia	10:00	[1]
------------------	-------	-----

Cirurgia	REDUÇÃO CIRÚRGICA	[1]
----------	-------------------	-----

Cirurgião	PAUL VIDAL	[1]
-----------	------------	-----

1º Auxiliar	MAURO PENA	[1]
-------------	------------	-----

Anestesista	ALEXANDRE REIS	[1]
-------------	----------------	-----

Descrição Cirúrgica	Fratura exposta ossos da perna DIREITA sob anestesia geral/raqui paciente em decúbito dorsal ampliação da incisão, lavagem foco com soro fisiológico 10 l redução sob tração ortopédica montagem fixador externo linear curativo oclusivo	[1]
---------------------	--	-----



SABEM SEGURADORA S/A

19 JUN 2017

RECEBIDO



PREScrição MÉDICA							pagina 1 de 1
Nº Prescrição: 7574376	Atendimento: 12718291	Prontuário: 3120116	Data: 11/04/2017	Hora: 11:15:13			
Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA		Convenio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 1 ANDAR - HE				
Peso: 85.00 kg	Leito: 1						
1.DIPTAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 24/24h ORAL							15 JUN 2017
2.Hidratação Venosa/Unica Vol. Total: 1000 ml 14.00 gts/min Acesso Periférico							RECEBIDO
RINGER COM LACTATO 35.71 ml/Kcal/dia 1000 ml							
3.CEFALOTINA (1.00g) 1 g 1 FRAP(C/1GR) 6/6h EV 18/30/36							
(D1/10) Soro Fisiológico 0,9% 100 ml							
4.TRAMADOL (50.00mg/ml) 50 mg 1 ML (AMPL C/50MG) 8h EV 18/30							
Soro Fisiológico 0,9% 50 ml							
5.NARCAN (0.40mg/ml) 0.4 mg 1 ML (AMPL C/4MG) agora EV SN							DILUIR 01 AMP + SE 0,9% 200 ML EV 45 SE RETENÇÃO URINARIA OU PRURIDO
							OK
6.OMEPRAZOL (40.00mg) 40 mg 1 FRAP(C/40MG) 24/24h EV 18							PA 130x80
Agua Destilada 18 ml							
7.PLAMET (5.00mg/ml) 10 mg 2 ML (AMPL C/10MG) 8h EV 18/30							
Agua Destilada 18 ml							
8.DIPIRONA (500.00mg/ml) 1000 mg 2 MI. (AMPL C/500MG) 6/6h EV 18/30/36							
Agua Destilada 18 ml							
9.TETANOGAMMA (250.00UI/ml) 250 UI 1 ML (AMPL C/250UI) agora IM 18 → Recente p/ pex antem.							
10.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO							
11.CURATIVO MEDICO+SE+GAZE ACOCHOADA							
12.PUNCAO C/ JELCO							
13.SINAIS VITAIS 6/6h							
14.CUIDADOS GERAIS 6/6h							
15.CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA							

Dr. Alexsander Reis  
CRM 12404  
CRF 12404

W3315

11/04/2017 11:33





## RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

OPS SERV MÉD E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 114-P2/1 11/04/2017 11:08

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA Atendimento: 12718291 Prontuário: 3120116 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS, MEDICO, CRM 12434 [1] N°: 04959222 11/04/2017 às 11:01

### DIAGNÓSTICOS

CID10 S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

Diagnóstico Principal

Diagnóstico Secundário

CID10 S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

Diagnóstico Secundário (II)

CID10 S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

### PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada (I)

Cirurgia Realizada FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO CM FIXADOR EXTERNO [1]

1-CURATIVO APÓS 5 DIAS  
2-AO AMBULATORIO COM 15 DIAS (DR PAULO CEZAR)  
3-RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS  
4-ATB (CEFALEXINA 500 MG - 01 COMP VO DE 6/6 POR 15 DIAS)

Dr. Alexandre Reis  
Médico  
CRM 12434

SABEM SEGURADORA S/A

19 JUN 2017

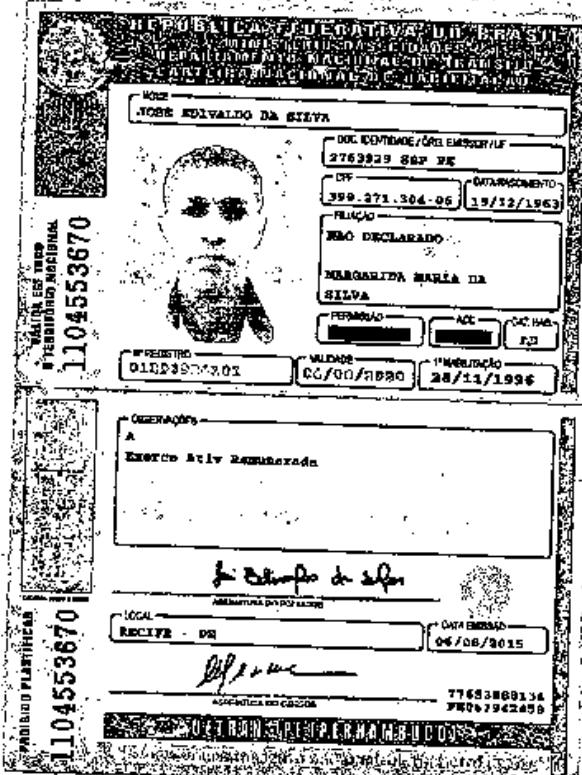
RECEBIDO

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS 55090514481, às 17:00:30RT de 17/04/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:42:38  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911423861400000070829102>  
Número do documento: 20120911423861400000070829102

Num. 72247579 - Pág. 24



**SABEMI SFG/IRADORA SIA**

19 JUN 2017

RECEBIDO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190401816      **Cidade:** Camaragibe      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDIVALDO DA SILVA      **Data do acidente:** 10/04/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tíbia distal direita exposta.

**Descrição do exame** Vítima com encurtamento do membro inferior direito, deformidade em região distal, realiza flexão plantar a 30 graus, **físico:** dorsal a 10 graus, deficit de força leve do membro, claudicação da marcha (++++++)

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com osteossíntese, evoluindo osteomielite, tratado com novo procedimento. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 3 meses.

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional leve do MID.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do MID, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

### 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190401816

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSE EDIVALDO DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** 1 TV NACIONAL, 173 - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP 54270-171

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 2763929 - ssp pe - 06/08/2015

**Data e Local do Acidente :** 10/04/2017 - Camaragibe/PE

**Data e Local do Exame :** 23/07/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**  
fratura de tibia distal direita exposta.

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

Tratado cirurgicamente com osteossíntese, evoluindo osteomielite, tratado com novo procedimento.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 3 meses

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

vítima com encurtamento do membro inferior direito com encurtamento, deformidade em região distal, realiza flexão plantar a 30 graus, dorsal a 10 graus, deficit de força leve do membro, claudicação da marcha (++-+++).

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

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

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

limitação de gau leve do membro inferior direito, com deformidade local, encurtamento do membro, deficit de força.



**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

membro inferior direito

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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 / UF :PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:42:38  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911423861400000070829102>  
Número do documento: 20120911423861400000070829102

Num. 72247579 - Pág. 29



CÓPIA AUTÉNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA N° 30676 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 023A. CIRCUNSCRICAO - CAVALEIRO  
Ofício nº. 114 / 2019 Data 19 / 7 / 2019  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 023A. CIRCUNSCRICAO - CAVALEIRO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:50 do dia 19 de Julho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **JOSÉ EDIVALDO DA SILVA** filho (a) de **PAI NÃO DECLARADO** e de **MARGARIDA MARIA DA SILVA**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado** (a), aparentando a idade de **55 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado RG: 2763929, profissão **DO LAR**, endereço **1a TRAVESSA NACIONAL, nº 173, complemento: NÃO INFORMADO, bairro CURADO IV, telefone/s (81)98774-8779, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Acidente de moto, atendido no Hospital de Fraturas do Espinheiro, no dia 10.04.2017, por volta das 20:10 horas, cujo diagnóstico por fratura exposta de tibia direita. Realizou (03) cirurgias com ilizerof. Refere dos aos esforços.

**DESCRIÇÃO:**

**Exame Físico:**

DESCRIÇÃO: Cicatriz deprimida de coloração clara no centro e escura perifericamente, na região do terço distal da perna direita (fratura exposta). Cicatriz cirúrgica de (12) centímetros longitudinal, pré-tibial proximal. Cicatriz cirúrgica, medindo (05) centímetros na região lateral do tornozelo direito.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

CONCLUSÃO: Lesão corporal produzida por instrumento contundente.

**QUESITOS:**

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?  
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?  
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)  
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de (30) trinta dias (fratura de tibia direita distal).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)  
Sim. Encurtamento do MID de 3,0 cm, e deformidade em varo do TNZ direito (laudo anexo).

EXCELSIOR SEGURUS  
29 AGO. 2019  
SEGURU DPVAT

Página 1 de 2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). ANÍSIO COELHO DE MEDEIROS CORREIA - CRM 4973.

Perito-responsável

1056 EDUARDO DA  
SILVA 755

Fábio Farías Alvim  
Assistente em Gestão Pública  
Matrícula nº 263 376-7

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'EXCELSIOR SEGUROS' is at the top, '29 AGO. 2019' is in the center, and 'SEGURO DPVAT' is at the bottom.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:42:38  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911423861400000070829102>  
Número do documento: 20120911423861400000070829102

Num. 72247579 - Pág. 31

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSÉ EDIVALDO DA SILVA  
DATA DO ACIDENTE 30/03/2014 - 06

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSÉ EDIVALDO DA SILVA

QUALIFICAÇÃO DO PORADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORADOR

Nº COMPLEMENTO BAIRRO  
CIDADE UF CEP  
E-MAIL ISMAEL.PPSILVA@HOTMAIL.COM.BR (83) 3254 5786

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IM (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IM: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IM (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRMA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

RECEBIDO  
19/05/2014

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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: REPRESENTE LEGAL QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODERÁ SER PAI OU MÃE

UMENTOS INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS (HOSPITALARIS, ITADAS, NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, CERTIFICAÇÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODERÁ SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00  
INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIÁ CONFORME A GRAVIDADE.  
VALORES DE INDENIZAÇÃO  
DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
DESPESSAS MÉDICAS (DAMS) - REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIÁ CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.  
O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.  
CONSIDERANDO A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO.  
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: [WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR). OU LIGAR GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/05/2014

IDENTIDADE 2463929

ASSINATURA Edvaldo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA

DATA 31/05/2014

IDENTIDADE Keyla Torquato

ASSINATURA Keyla Torquato



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218020/19

**Vítima:** JOSE EDIVALDO DA SILVA

**CPF:** 399.271.304-06

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/04/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE EDIVALDO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**JOSE EDIVALDO DA SILVA : 399.271.304-06**

Autorização de pagamento  
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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019  
Nome: JOSE EDIVALDO DA SILVA  
CPF: 399.271.304-06

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

JOSE EDIVALDO DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:42:38  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911423861400000070829102>  
Número do documento: 20120911423861400000070829102

Num. 72247579 - Pág. 33