



Número: **0078059-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/12/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAFAEL VITOR DE SOUZA (AUTOR)	ISMAR TIBURTINO DOS SANTOS (ADVOGADO) dinara guimaraes da silva (ADVOGADO) JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75911 834	25/02/2021 17:54	2781718_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 27^ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00780596720208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAFAEL VITOR DE SOUZA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada pericia a qual apurou lesão no membro inferior direito com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$2.362,50:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517540887800000074389663>
Número do documento: 21022517540887800000074389663

Num. 75911834 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272650 Cidade: Carpina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA Data do acidente: 22/04/2020 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º,4º E 5º QUIRODÁCTILO A DIREITA.(P-9)
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.(P-3-4-9)
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA. P4
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA, sequelas:
Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro inferior direito com repercussão média (50%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517540887800000074389663>
Número do documento: 21022517540887800000074389663

Num. 75911834 - Pág. 2

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517540887800000074389663>
Número do documento: 21022517540887800000074389663

Num. 75911834 - Pág. 3



Número: **0078059-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/12/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAFAEL VITOR DE SOUZA (AUTOR)	ISMAR TIBURTINO DOS SANTOS (ADVOGADO) dinara guimaraes da silva (ADVOGADO) JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75911 835	25/02/2021 17:54	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200272650 Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Data do Acidente: 22/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL VITOR DE SOUZA

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, contados 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 15995432



230 01215/01216 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102251754092100000074389664>
Número do documento: 2102251754092100000074389664

Núm. 75911835 - Pág. 1



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, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200272650

Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAFAEL VITOR DE SOUZA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. 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. 01021/01022 - carta_02 - INVALIDEZ



00030511

Carta nº 15021229



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517540921000000074389664>
Número do documento: 21022517540921000000074389664

Num. 75911835 - Pág. 2



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, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200272650 **Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA**

Data do Acidente: 22/04/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL VITOR DE SOUZA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000004057

Conta: 000001066240-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01229/01230 - carta_15R - INVALIDEZ



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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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: 058.153.344-79 4 - Nome completo da vítima: RAFAEL VITON DOS SOUTOS

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

5 - Nome completo: RAFAEL VITON DOS SOUTOS
 7 - Profissão: não Rossri 8 - Endereço: Rua São José
 11 - Bairro: Solidade 12 - Cidade: Lagoa do Carro
 15 - E-mail:
 6 - CPF: 058.753.344-79
 9 - Número: 297 10 - Complemento: casa
 13 - Estado: MG 14 - CEP: 55820-000
 16 - Tel.(DDD): 819253-2986

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4057

CONTA: 01066240

5

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não teve filhos? teve filhos? nascituro (váinacor)? teve irmãos? teve irmãos? pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, à indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

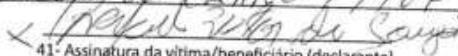
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 16/02/2020


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **20E0135001876**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/07/2020** às **09:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/4/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, RECANTO CARPINA** - Bairro: **ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **ENGENHO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO (OUTRO)
RAFAEL VITOR DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO.

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

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

RAFAEL VITOR DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **MARIA JOSE DIAS DE SOUZA** Pai: **REGINALDO DE SANTANA DE SOUZA** Data de Nascimento: **26/1/1987** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SAO JOSE, 297 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

FIBRAV- BUGGY (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

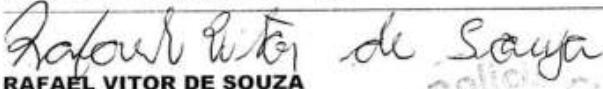
Placa: **HVN6709** (PERNAMBUCO/LAGOA DO CARRO) Renavam: **161774997** Chassi: **9B9FBVMAGK1AD5478**



Complemento / Observação

A VÍTIMA RAFAEL VITOR DE SOUZA, AFIRMA QUE NO DIA 22/04/2020, NO PERÍODO DA TARDE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, QUE NO REFERIDO DIA ESTAVA COMO PASSAGEIRO NO FIBRAV- BUGGY, PLACA HVN6709, QUANDO O CONDUTOR DO VEÍCULO SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO, PERDEU O CONTROLE NA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM, NO RECANTO CARPINA, ZONA RURAL, QUE O VEÍCULO VEIO A CAPOTAR E A VÍTIMA SOFREU LESÕES E FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA UNIDADE MISTA DE LAGOA DO CARRO, EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE.

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


RAFAEL VITOR DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: **273810-4**


Carapina

21/07/2020 09:11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517540921000000074389664>
Número do documento: 21022517540921000000074389664

Num. 75911835 - Pág. 6



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: 058.153.344-79 4 - Nome completo da vítima: RAFAEL VITON DOS SOUTOS

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

5 - Nome completo: RAFAEL VITON DOS SOUTOS
 7 - Profissão: não Rossri 8 - Endereço: Rua São José
 11 - Bairro: Solidade 12 - Cidade: Lagoa do Carro
 15 - E-mail:
 6 - CPF: 058.753.344-79
 9 - Número: 297 10 - Complemento: casa
 13 - Estado: MG 14 - CEP: 55820-000
 16 - Tel.(DDD): 819253-2986

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4057

CONTA: 01066240

5

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não teve filhos? teve filhos? nascituro (váinacor)? teve irmãos? teve irmãos? pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, à indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

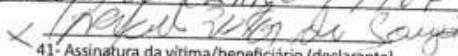
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 16/02/2020


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





MEDEICO REGULADOR <i>Dr.</i> 22/04/2020 15:15	TAREFA <i>Recanto das Piranhas</i>	OPERADOR DE FROTA <i>Lagoa do Carro</i>				
PERÍODO DA OCCORRÊNCIA <i>00:00:00</i>	UNIDADE MOBILIARIA DA UNIDADE <i>Unidade 006</i>					
TIPO DE REFERENCIA <i>Prontuário</i>	TIPO DE REFERENCIA <i>Prontuário</i>					
SUBSISTENTE <i>Rafael Victor de Souza</i>	PRIMEIRO NOME <i>Rafael Victor de Souza</i>	EDADE <i>32 anos</i>				
RESIDENCIA <i>Angraíba</i>	RESIDENCIA <i>Angraíba</i>	RESIDENCIA <i>X</i>				
OUTRA						
<i>capotamento</i>						
COMUNICAÇÃO <i>15:15 15:20</i>	SAINTE DA BASE <i>15:15</i>	CHEGADA NO LOCAL <i>15:20</i>	SAINTE DO LOCAL <i>16:30</i>	CHEGADA NO DESTINO <i>16:30</i>	SAINTE NO DESTINO <i>18:40</i>	CHEGADA NA BASE <i>18:40</i>
<input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> CANCELADA ANTES DA REGULAÇÃO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> CANCELADA						
transferência (Cenna)						

TIPOS DE AGRAVOS		
ACIDENTE DE TRÂNSITO	RAS	QUEIMADURA
PEDESTRE	RAS	TERMICA
CONDUTOR DE VEÍCULO	QAEQ-OBSTETRICO	QUÍMICA
PASSAGEIRO DO VEÍCULO	LESÕES TÉRMICAS	ELÉTRICA
AGRESSÃO	PEDIATRICO	OUTROS
EVASÃO	PSIQUIATRICA	
DESENTRALIZAMENTO/DESLIZAMENTO	QUASE AFOGAMENTO	
ELETROCUSSÃO	QEDADA _____ METRO	

ANTECEDENTES		
AVC	DIABETES	DROGADIAÇÃO
ALCOOLISMO	DOENÇA CARDIACA	HIPERTENSÃO ARTERIAL
ALERGIA	DOENÇA INFECTO CONTRÍDA	INTERNAÇÃO ANTERIORES
AVC	DOENÇA MENTAL	MEDICAMENTO
CRUZGIAS REALIZADAS	DOENÇA RENAL	OUTROS
CONVULSÕES	PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	

EXAME CLÍNICO - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS		
ALTERAÇÃO CONSCIENCIA	DIARREIA	PULSO
ALERGIA	DIFÍCULDAD RESPIRATÓRIA	SANGRAMENTO
AUSÊNCIA DE PULSO	DOR LOCAL	VOMITO
DANDE	FEbre	OUTROS
CONVULSÃO	INCONSCIENTE/SESMALO	

INÍCIO DOS SINTOMAS <i>X</i>	MENOS DE 1 HORA <i>X</i>	1 A 3 HORAS	MAIS DE 4 HORAS	MAIS DE 24 HORAS	NÃO SABE
HORA <i>12:00</i>	PA <i>120x80</i>	PULSO	FR	TEMP AXILAR	OLIGEMIA
INÍCIO <i>12:00</i>				<i>102</i>	SATURAÇÃO 98% <i>99%</i>
FIN					ESCALA DE GLASCOV <i>15</i>

RESPIRAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> LIVRE	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL
OBSTRUÇÃO PARCIAL	PARADA RESPIRATÓRIA	<input checked="" type="checkbox"/> RONCOS/SIBILOS
TOTAL	ASSISTIDA	<input checked="" type="checkbox"/> ESTERTORES
CORPO ESTRANHO	RITMO IRREGULAR	<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIÇÃO MV
BRONCO ASPIRAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> AVEÊNCIA MV
FIRMA DE ID CITE		



paciente apresenta esmagamento e fratura em mão direita.

X

SEGMENTO		
TIPO	ASSOCIAÇÃO	DETALHES
DESEJAIS	DESEJADAS/DESEJO	PROBLEMA
X	DOLOROSO/DIFEREA	GORDURA
ALIMENTOS	ESP. ENOMEGALIA	GORDURA DIRETA
DESEJADAS/DESEJO	ESP. ENOMEGALIA	OCOCARNO/ROUERRO
DESEJADAS/DESEJO	PRATICAO	REVITURA
OUTROS	X NORMA	
	OUTROS	

43640-0112	HEMORRAGIA	NORMA	43640-0112
43640-0112	SANGRAMIENTO	NADONENILO	
43640-0112	TRITURACION	TRITURACION	

24 ACTIVITIES

TOP SECRET//SI

UNIDADE HOSPITALAR	DESTINO	Dr. Pedro Urbano Faria Ortopedia e Traumatologia CRM/PE - 25.219		
MUNICÍPIO	Samu p/ Umsrc Ofeitas Dagoa do Carro p/ Recife			
DESCRIÇÃO	PERTENCÊNCIAS DO PACIENTE NOME E FUNÇÃO DO RECEPTOR	ASSINATURA E CARMIM - MEDICO		
DR.:				
MÉDICO REGULADOR	MÉDICO ASSISTENTE	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	COADOR	PROTÓ
Dr.		Ana Paula Rodrigues		



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL VITOR DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04057

CONTA: 000001066240-5

Nr. da Autenticação 7A4F277765C3FEBE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517540921000000074389664>
Número do documento: 21022517540921000000074389664

Num. 75911835 - Pág. 10

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndio: 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DIAS DE OLIVEIRA
CPF: 493.704.804-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO JOSE 297

SOLIDADE/LAGOA DO CARRO
55820-000 LAGOA DO CARRO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

31/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

57,01

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/07/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/07/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

117578650

CONTA CONTRATO

000719247024

Nº DO CLIENTE

2001651934

Nº DA INSTALAÇÃO

0001836690

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1AC7.E79B.5E5A.DAB7.068D.F1C5.1B02.832E

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	52,00	0,45063787	23,43
Consumo Ativo(kWh)-TE	52,00	0,35636165	18,53
Contrib. ilum. Pública Municipal			4,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 109660599-25/05/20			2,81
Multa por atraso-NF 113656357 - 23/06/20			1,79
Juros por atraso-NF 113656357 - 23/06/20			0,20
Atualização IGPM-NF 113656357 - 23/06/20			0,33
Doação APAE - 0800 722 2723			7,00
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,76
TOTAL DA FATURA			57,01

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR
41,96	25,00	10,49	41,96	0,80	0,33	41,96	3,73	1,56

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,31756451

Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25112806

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

JUL	20		52
JUN	20		114
MAI	20		396
ABR	20		127
MAR	20		116
FEV	20		187
JAN	20		143
DEZ	19		113
NOV	19		30
OUT	19		247
SET	19		30
AGO	19		341
TOTAL	41,96	100	128

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003011162308	CAT	23/06/2020	18.475,00	24/07/2020	18.527,00	31	1.00000 0,00 52,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/08/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
maio/2020					
DIC-No de horas sem Energia	CARPINA	1,74	5,31	10,62	21,25
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,74	3,03	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,51					
Todo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag corredor lagos do itaenga, rua antônio francisco da silva centro / maria rosineide gomes de barro: r antônio francisco da silva 90 centro.lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Novas Tarifas reajuste médio de 4,88% vigente a partir de 01/07/2020 (Res. ANEEL 2683/20).

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000719247024	07/2020	57,01	31/07/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517540921000000074389664>

Num. 75911835 - Pág. 11

Número do documento: 21022517540921000000074389664

PREFEITURA MUNICIPAL
DE LAGOA DO CARRO

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data 22/04/2020 | Hora 15:16 | Registro 19840
 Nome Rafael Luton de Souza
 Endereço Rua São José
 Bairro Centro | Cidade Lagoa do Carro
 Endereço 33 | Profissão Motorista
 Responsável Mar. maria José Dias de Souza | Fone
 Endereço do Responsável
 Nascimento 26/10/1987

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO
 NÓDO Automóvel Ônibus Motocicleta
 Atropelamento Colisão Capotagem Outro

AGRESSÃO

POR
 NÓDO Arma de Fogo Arma Branca Explosivo Outro
 Assalto Bruto Agressão Agressão Sexual Outro

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE
 ACIDENTE
 INDÚSTRIA E MANUFATURA Construção Comércio
 AUTO-ACIDENTE / SUICÍDIO Serviços Administrativa
 TRANSPORTE DE PESSOAS Outras
 TRANSPORTE DE CARGA
 INDUSTRIAL
 INDUSTRIAL

QUEIXAS

Pct da entidade com fratura em 3º-4º e 5º 600 após acidente automóvel. Nega trauma em outros pontos do corpo.

EXAME FÍSICO

PTA X mmhg | FCO PULSO TEMPERATURA

Edema + desvio, díro, excreta luva em 34° e 32° 600.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

② Fratura? - Ornitox

PROCEDIMENTOS

① Exame pelo SAMU
 ② Fisical - Olho + 100 e 500 e 1000
 ③ Fisical - Olho + 100 e 500 e 1000
 ④ Fisical - Olho + 100 e 500 e 1000

CÓDIGO

15/20





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

Vis
Meli
NOT
acid



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3448625 Prontuário: 1110259
 Nome: RAFAEL VITOR DE SOUZA Nome Social:
 Data Nasc.: 26/01/1987 Idade: 33 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 709501675059970
 Endereço: RUA SAO JOSE Nº: 297
 Bairro: CENTRO Cidade: LAGOA DO CARRO Estado: PE
 CEP: 55820000 Fone: 558191139720 Celular:
 Acompanhante: Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA JOSE DIAS DE SOUZA
 Nome do Conjugue:
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 22/04/2020 16:39 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: *Reapente trágido pelo Sane com histone
de cacetamento do carro. houve uso de 1,5 h com trau
em mão (D). Negó TCE, náusea ou vômito*

Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

TX BX POS/TA n.º 5º QD
INTUS/NK/01/17/2021

Prescrição:

Data: 22/04/2020 Dieta: _____ Horário: _____
 Rx: *Enfermagem* *100% Hidratante* *01/04/2020 - 17:00*
Cordeiro Syl. Conveniente Diam-
gote e Gn. Com 1/2 litro de suco
de limão MSD, realizar exame
de imuno, negar e/ou forte
laxativo, curar náusea segue
os cuidados da enfermagem
com sone
com 1
Enfermagem
Eliane Barbosa de Lima Soares
Enfermeira
COREN/PE 564-841



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOAQUIM VIEIRA N.º DO REGISTRO: 123456789
CLÍNICO: 123456789 N.º DO LEITO: 123456789

OPERADOR: _____ N° DO LEITO: _____
1º ASSISTENTE: _____ 2º ASSISTENTE: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
ANESTESIA: _____ DURAÇÃO: _____

DATA DA OPERAÇÃO: 03 / 01 / 2020 INÍCIO: _____ FIM: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Intolerância à uréia

DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERAÇÃO:

OPERAÇÃO PROPOSTA: Transformar - em parte de 125

OPERAÇÃO REALIZADA: Exame de sangue

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

104-HGOE

CRM/FE 20.343 TET 15.7.77
Orthopädie / Traumatologie
Drs. Martin Hörge

ale





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: RAFAEL VITOR DE SOUZA Idade: 33 Anos 6 Meses 1 Dia Nasc. 26/01/1987
Sexo: MASCULINO CNS: 709501675059970 Contatos: 81. 91139720 | Celular: 81.
Mãe: MARIA JOSE DIAS DE SOUZA
Endereço: RUA SAO JOSE , N.º 297 - : CASA BAIRRO: CENTRO - CIDADE: LAGOA DO CARRO - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 13/07/2020 07:50

Prontuário: 1110259

Nº. Atendimento: 3459180

Serviço:

Enfermaria/Leito:

Médico:

EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ

Admissão

— Queixa Principal

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM 22/04/20, CAPOTAMENTO DE JIPE, TEVE FRATURA DO 3 AO 5 QDD, COM LIMITACAO DE MOVIMENTAR OS DEDOS, RETIROU FIOS SEM RX CONTROLE (SIC), POR DR SIDEVAL , EM LAGOA DO CARRO

— História Clínica

— Exame Físico

DEBILIDADE DE MOVIMENTACAO IMPORTANTE DOS DEDOS LONDOS, COM DESCIO ULNAR DO 3 QDD

— Observações

FRATURA 3 AO 5 QDD

— Conduta

RX CONTROLE

HERMES FISCHER DE LYRA - CRM: Nº.12216

Data/Hora: 13/07/2020 - 09:18

Carvalho
CIDAS/PE
Santos

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:09

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517540921000000074389664>

Número do documento: 21022517540921000000074389664

Num. 75911835 - Pág. 15

Atendimento: 3448633

Dt Atendimento: 22/04/2020 - 17:35

Dt Alta: 24/04/2020 - 14:31

Paciente: 1110259 RAFAEL VITOR DE SOUZA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 217 TRAU 40-02 - POSTO IV Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P Usuário: NIVIAMBF

Diretor Clínico:

CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO



Atendimento: 3448633

Dt Atendimento: 22/04/2020 - 17:35

Dt Alta: 24/04/2020 - 14:31

Paciente: 1110259 RAFAEL VITOR DE SOUZA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 217 TRAU 40-02 - POSTO IV Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P Usuário: NIVIAMB

Diretor Clínico:

CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8560

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Popul Vitor de Souza Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

Prx M&G DIR

3º ODD AP/Perfil

4º ODD AP/Perfil

5º ODD AP/Perfil

Erosão

3º/4º/5º ODP

Dr. Nuno Resende de Lima
Ortopedia - Cirurgia da Mão
CRM 12246

13.07.20

Data: _____ Médico-CRM

075-HOF



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517540921000000074389664>
Número do documento: 21022517540921000000074389664

Num. 75911835 - Pág. 18



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

Atestado

Atesto para os devidos fins que
Rafael Vitor de Souza encontra-se
impossibilitado de realizar qualquer
atividade, sendo necessário repouso
por 30 dias.

CID 10: S62

Data: 15/06/13

Dr. Giovane Mello
Medicamento
CRM

075-HOF





SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Reg: 1110259

Enf: 40

Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 22/04/2020 DATA DE SAÍDA: 24/04/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA EXPOSTA DE 3º, 4º E 5º QDD

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA

EXPOSTA DE 3º, 4º E 5º QDD

PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS-OPERATÓRIO, COM FÔ COM BOM ASPECTO. RECEBE ALTA SOB ORIENTAÇÕES. REALIZAR CURATIVO DIÁRIO EM PSF E ATB VIA ORAL

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA

PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

Mateus Muniz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 28.631

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517540921000000074389664>
Número do documento: 21022517540921000000074389664

Num. 75911835 - Pág. 21

Sistema Policia Ágil

[SAIR DO SISTEMA](#)[CIVIL](#) [CRIMINAL](#) [CAPTURAS](#) [CARCERÁRIO](#) [PLACAS](#) [CELULAR](#) [INFOPOL](#)[NOVA PESQUISA](#) > [FICHA DO DETRAN](#)[GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

FICHA DO VEÍCULO

Situação: NORMAL
Placa: HVN6709
Nome proprietário: SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO
CPF do proprietário:
UF: PE Tipo: AUTOMÓVEL
Espécie: PAS
Combustível: GASOLINA Marca / Modelo: FIBRAV
Marca:
Cor: BRANCA Ano Fabricação:
Município: LAGOA DO CARRO
Logradouro: RUA SAO JOSE
Número: 432 Bairro: CENTRO
Cep: 55820000
Complemento:
Chassi: 9B9FBVMAGK1AD5478 Restrição:
Renavam: 161774997
Licenciamento: R\$ 0,00
IPVA: R\$ 0,00
Seguro: R\$ 0,00
Bombeiro: R\$ 0,00
Conservação: R\$ 0,00
Taxas: R\$ 0,00
Multas: R\$ 0,00
Quantidade Multas: 0
Quantidade de multas a vencer: 0
Multas a vencer: R\$ 0,00
IPVA a vencer: R\$ 0,00
Total: R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272650 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA **Data do acidente:** 22/04/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO A DIREITA.(P-9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.(P-3-4-9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DEDOS DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: X

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	15%	R\$ 2.025,00
		Total	15 %	R\$ 2.025,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272650 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA **Data do acidente:** 22/04/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO A DIREITA.(P-9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.(P-3-4-9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA. P4

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	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-0214086/20

Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

CPF: 058.753.344-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2020

Titular do CPF: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL VITOR DE SOUZA : 058.753.344-79

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: 31/07/2020
Nome: RAFAEL VITOR DE SOUZA
CPF: 058.753.344-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAFAEL VITOR DE SOUZA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:54:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102251754092100000074389664>
Número do documento: 2102251754092100000074389664

Num. 75911835 - Pág. 25