



Número: **0002678-48.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/01/2023**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12463 5786	30/01/2023 13:29	<a href="#">ANEXO 3</a>	Elementos de Prova\Outros Documentos

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001                   AGÊNCIA: 1234                   CONTA: 12345

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	05/02/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321000253101
VALOR TOTAL:	1.404,98

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000030766

---

---

Número da Autenticação

4BD683AC31E780E2



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210002531 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 03/10/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO+MAXILA A ESQUERDA+BLOW OUT À ESQUERDA.(P-1,6)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.  
P-3-5-6-7-9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS COM REDUÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.P.1

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS COM REDUÇÃO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210002531 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 03/10/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO+MAXILAR A ESQUERDA.(P-1)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.  
P-3-5-7-9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ANGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO

**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 RESIDUAL DA ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

**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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002429/21

**Vítima:** JOAO RODRIGUES DA SILVA

**CPF:** 044.096.054-10

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 03/10/2020

**Titular do CPF:** JOAO RODRIGUES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

#### JOAO RODRIGUES DA SILVA : 044.096.054-10

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](http://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: 05/01/2021  
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

\_\_\_\_\_  
LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/01/2021  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

\_\_\_\_\_  
Steffany Carolyn Lins Veloso





ATT  
 Notificação de Emergência  
 Vigilância Epidemiológica Hospitalar  
 VEH-HR / NEPI



Atendimento: 1614023 Prontuário: 1736067  
 Paciente: JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC  
 Nome/Mãe: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA  
 End: NAO INFORMADO Nº 1 PE  
 Bairro: CENTRO Cidade: CONDADO  
 Nascimento: 09/10/1979  
 Localização: 6 ANDAR NORTE - POSTO  
 Leito: +24HS Serviço: NEUROCIRURGIA  
 Data e Hora Atendimento: 04/10/2020 04:00

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: <b>1736067</b>	Data e Hora de Atendimento: 04/10/2020 02:53	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b>
Nº. ATEND.:1613894 Paciente: <b>JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC</b>	Nm. Social:	Atendimento Manual:
Data de nascimento: 09/10/1979 Idade: 40a 11m 27d	Sexo: <b>MASCULINO</b>	
Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b> Profissão:	Acompanhante: <i>Delegado de Polícia</i>	
DOC ID / Data expedição	Mãe: <b>MARIA DA CONCEICAO DA SILVA</b>	Cartão SUS:
Endereço: <b>NAO INFORMADO</b> <i>Rua Sra. Pinto Duarte</i>	UF: <b>PE</b>	Telefone: <b>37815490</b>
Ocorrências:	<b>(81) 99474-0876</b>	
Objetivo do atendimento: <b>QUEDA</b>	<b>FATURADO</b>	
Procedência: <b>OUTRO HOSPITAL</b>		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social <i>[Assinatura]</i>
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Assistente Social
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GRCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/> <i>OS 10/25 Pedagogos alemães dos</i>		
Observação: <i>dados estatísticos do paciente mediante o envio de identidade</i>		
História Clínica: <i>Paciente com história de queda de malha [As exames Elétrico, Uropneum, comu, cloroformado, GCS=11 (AO=1)/RV=4 Uropneum, absterse (Nulo), delirio e papozos. Soluco TC's. [Assinatura] AUC</i>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Ajuda:
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Quê?	
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm

TOMOGRAFIA I  
 Data: 04/10/20  
 Médico: *[Assinatura]*  
 Técnico: *[Assinatura]*



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>				Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular Score: _____ Hora: _____		Glasgow: Resposta Verbal Score: _____ Hora: _____		Glasgow: Resposta Motora Score: _____ Hora: _____			
E: Exposição/Abdômen: 04/10/20 03:40 # em <u>abdomen</u> Esquerda: Si. <u>hemorria</u> <u>na usf</u> te <u>toyar</u> : <u>hemorria</u> te <u>abd</u> : <u>lig. int.</u>							
Diagnóstico Inicial:		Muito <u>pericardio</u> e <u>transm</u> <u>no</u> <u>caso</u> <u>de</u> <u>causar</u>				Cod. Procedimento	
Conduta:		<u>cp</u> : <u>su</u> <u>cb</u> <u>cb</u> <u>cb</u> <u>cb</u> <u>cb</u>				Ass. Médico	
Evolução de Enfermagem:		Ass. Enfermagem					

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: Transferido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

**Autorização para Alta / Internamento / Transferência:**

Médico: [Assinatura] CRM: [Assinatura] Data: 07/10/20 Hora: 11:30

**Termo de responsabilidade para Internamento:**  
 - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.  
 Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Termo de responsabilidade de alta a pedido:**  
 - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.  
 Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 04-Out-20





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Acolhimento com Classificação de Risco – Sistema de Manchester

Identificação do paciente		Registro	
Nome: <i>Antonio Rodrigues Silva</i>		Data: <i>01/10/20</i>	Hora: <i>02:14:3</i>
Idade: <i>09/10/1979</i>	Sexo: <i>MASC.</i>	Naturalidade (cidade): <i>condado</i>	RG:
Profissão/Ocupação:		Nome da Mãe:	
Endereço:		Número:	Complemento:
Bairro:		Cidade:	UF:
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>			
Situação/Queixa: <i>estável de ponto de vista com queda de consciência, leve alteração de consciência, e brônquitos</i>			
Fluxograma:		Número:	
Discriminador:			
Sat.O2: <i>90</i>	Glasgow: <i>12</i>	Temp.:	Glicemia: <i>130</i>
			Regua Dor: <i>07</i>
VERMELHA	LARANJA	AMARELO	VERDE
IMEDIATO	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE
EMERGÊNCIA	10 MINUTOS	60 MINUTOS	120 MINUTOS
			140 MINUTOS
CLASSIFICADOR (NOME+CARIMBRO)			
FLUXO INTERNO:			
ENFERMEIRA(O):		COREN:	DATA:
ASSINATURA:		HORA:	
FLUXO EXTERNO:			
ENFERMEIRA(O):		COREN:	DATA:
Assinatura:		Coordenador:	Hora:



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOAO RODRIGUES DA SILVA	PRONTUÁRIO: 123456789	ATENDIMENTO: 01614023
DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1981	FOI ATENDIDO EM: 04/10/2020 ÀS 02:53	
	DATA DA ALTA: 07/10/2020 ÀS 08:11	

**Diagnóstico Provável:**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA CZO (E), BLOW OUT (E), MAXILA.  
CID: S02.8  
PACIENTE NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR.

**Tratamento Realizado:**

ARRA DE ERICH BIMAXILAR + BMM  
REDUÇÃO INCRUENTA DE ZIGOMA (E) COM GACHÔDE BARROS

**Observação:**

- 1) ORIENTO DIETA LIQUIDA PASTOSA
- 2) HIGIENE ORAL

**Encaminhado para:**

RETORNAR AO HR (6º ANDAR - NORTE), DIA-03/11/2020 ÀS 07:00.  
TRAZER TODOS OS EXAMES.

FRANCISCO ALVES DE SOUZA JUNIOR - CRM: Nº.5472020

Recife, 07, OUTUBRO, 2020

**ATENÇÃO:**

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





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



PACIENTE JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO	Nº ATEND. 607	DATA: 05/10/2020	HORA: 05:58
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	DT. DE NASC. 09/10/1979	CLINICA	LEITO +24HS	

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, EG REG.

O EXAME BMF APRESENTA ESCORIAÇÕES DIFUSA EM FACE, EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITAL (E), ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPN FIRME AO TOQUE, NEGA QUEIXA RESPIRATORIA, MAXILA COM MOBILIDADE, MANDIBULA FIRME A PALPAÇÃO, ABERTURA BUCAL SATISFATORIA, SUTURA INTRAORAL MANTIDA, SEM DEBITO E SEM DEISCENCIA, OCLUSÃO POUCO FUNCIONAL.

TC DE FACE SUGERE FRATURA CZO (E), BLOW OUT (E), MAXILA.

EM USO:

DEXAMETASONA (04/10/20)  
CEFALOTINA (04/10/20)

CD:

AG. REGRESSÃO DE EDEMA  
P. CARDIO  
EXAME LAB  
ORIENTO TRICOTOMIA  
CRIOTERAPIA

Recife, 05, OUTUBRO ,2020

Ass. do Prestador

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





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



PACIENTE JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO	Nº ATEND.	DATA: 07/10/2020	HORA: 05:58
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	DT. DE NASC. 09/10/1979	607	CLINICA	LEITO 05

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

#CTBMF#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, EG REG.

AO EXAME BMF APRESENTA ESCORIAÇÕES DIFUSA EM FACE, EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITAL (E) EM REGRESSÃO, ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPN FIRME AO TOQUE, NEGA QUÊIXA RESPIRATORIA, MAXILA COM MOBILIDADE, MANDÍBULA FIRME A PALPAÇÃO. ABERTURA BUCAL SATISFATORIA, SUTURA INTRAORAL MANTIDA, SEM DEBITO E SEM DEISCENCIA, OCLUSÃO POUCO FUNCIONAL.

TC DE FACE SUGERE FRATURA CZO (E), BLOW OUT (E), MAXILA.

USO:

EXAMETASONA (04/10/20) SUSPENSO (07/10/20)  
CEFALOTINA (04/10/20)

FLUXOGRAMA:

(05/10/20) LEUCO 12.62/ 14.10/ HT 42.10/ SODIO 133

CD:

REDUÇÃO DE ARCO ZIGOMÁTICO COM GANCHO DE BARROS  
BARRA DE ERICH + BMM  
ALTA BMF  
RETORNAR COM 30 DIAS (AMBULATORIO DR DIRCEU)

Recife, 07 OUTUBRO ,2020

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior  
CRM - PE 10000 - 1

Ass. do Prestador

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

João Rodrigues do Silveira

1736067

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

HCTBMF# 04/10/2020 às 15:04h

Em Tempo: CND realizou sutura intra-oral.  
@ base da Interação.

Dr. Francisco Antenor  
Fringia e Tróvão  
Buck-Horner  
Residência Médica  
CRM





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

CD 04/02/20 04:10

Paciente com histórico de miopia e hipermetropia, com uso de lentes corretivas para visão (20/200?), com exatidão em anisometropia, com uso de lentes para exame físico com difusão de fóvea, estrabismo; a palpção mostra o zigue-zague, o PR final, mobilização na maxila e mandíbula firme - lateralização em superioridade. TC glóbulos dentários na C20 e maxila (paciente mobilizada durante exame).

- CD ① Refração TC de fóvea
- ② Abdução lateral 2o lado com uso de lentes (avaliar) intra oral
- ③ Abdução lateral 2o lado com uso de lentes (avaliar) TC de fóvea

em tempo, realizar sutura em superioridade  
#NCR: 4/10/20; 4.30

Bruno de Macedo Santana  
Cirurgião Ortodontista  
Bucco - Maxilo - Facial  
Residência HJCCFOP/PE  
CRO-PE 9901

Luis Felipe O. Maciel  
Cirurgião Ortodontista  
Bucco - Maxilo - Facial  
Residência HJCCFOP/PE  
CRO-PE 12.870

Paciente última de quota de uso de TCE + acompanhamento técnico de fisio.

Realizar TC de grau 3 e clínica com a presença de lesões NCR; MRL - glóbulos 15; PTPP; déficit motor / sensitivo

CD ① ALTA NCR

Dr. João Rodolfo  
Médico  
CRO-PE 20455

COB. 0123





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



PACIENTE JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO	Nº ATEND. 607	DATA: 06/10/2020	HORA: 05:58
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	DT. DE NASC. 09/10/1979	CLINICA	LEITO 05	

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, EG REG.

AO EXAME BMF APRESENTA ESCORIAÇÕES DIFUSA EM FACE, EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITAL (E) EM REGRESSÃO, ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPN FIRME AO TOQUE, NEGA QUEIXA RESPIRATORIA, MÁXILA COM MOBILIDADE, MANDÍBULA FIRME A PALPAÇÃO. ABERTURA BUCAL SATISFATORIA, SUTURA INTRAÓRAL MANTIDA, SEM DEBITO E SEM DEISCENCIA, OCLUSÃO POUCO FUNCIONAL.

TC DE FACE SUGERE FRATURA CZO (E), BLOW OUT (E), MÁXILA.

EM USO:  
DEXAMETASONA (04/10/20)  
CEFALOTINA (04/10/20)

FLUXOGRAMA:  
(05/10/20) LEUCO 12.62/ 14.10/ HT 42.10/ SODIO 133

CD:  
AG. REGRESSÃO DE EDEMA;  
AG. CARDIO;  
CONFIRO VAT.

Recife, 06 OUTUBRO ,2020.

Ass. do Prestador

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



JO REGISTRO DE ENFERMAGEM

Paciente: João Rodrigues Registro: 173616  
 Data de Nascimento: 1/1/ Enfermaria/Leito: V.9.VERM Data: 04/10/2020

Avaliação Neurológica:

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> 4 pontos	Orientada	<input type="checkbox"/> 5 pontos	Obedece a ordens	<input checked="" type="checkbox"/> 6 pontos
Ao som	<input type="checkbox"/> 3 pontos	Confusa	<input checked="" type="checkbox"/> 4 pontos	Localiza dor	<input type="checkbox"/> 5 pontos
A pressão	<input type="checkbox"/> 2 pontos	Palavras inteligíveis	<input type="checkbox"/> 3 pontos	Flexão Normal	<input type="checkbox"/> 4 pontos
Ausente	<input type="checkbox"/> 1 ponto	Sons incompreensíveis	<input type="checkbox"/> 2 pontos	Flexão Anormal	<input type="checkbox"/> 3 pontos
Não Testável	NT	Ausente	<input type="checkbox"/> 1 ponto	Extensão	<input type="checkbox"/> 2 pontos
		Não Testável	NT	Ausente	<input type="checkbox"/> 1 ponto
				Não testável	NT

TOTAL: 14

Estado Geral:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado <input type="checkbox"/> Hipocorado <input type="checkbox"/> Hipocorado <input type="checkbox"/> Aclanótico <input type="checkbox"/> Cianótico <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Anictérico	Sedação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	ESCORE DE RAMSAY <input type="checkbox"/> 1- Ansioso, agitado <input type="checkbox"/> 2- Cooperativo, orientado e tranquilo <input type="checkbox"/> 3- Dormindo, sonolento e respondendo <input type="checkbox"/> 4- Dormindo e respondendo a estímulos <input type="checkbox"/> 5- Dormindo e respondendo lentamente <input type="checkbox"/> 6- Dormindo e não respondendo a estímulos
<input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave		Medicação:		
Medicamentos em uso:		Vazão: <u>    </u> ml/h		
Drogas vasoativas:		Total: <u>    </u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Sem DVA <input type="checkbox"/> Nora <input type="checkbox"/> Nipride <input type="checkbox"/> Dopamina <input type="checkbox"/> Dobutamina		Antibioticoterapia: Data de início: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> - Dias em uso: <u>    </u>		
Outra: <u>    </u>		Medicamento: 1. <u>    </u> -2. <u>    </u> -3. <u>    </u>		
Vazão: <u>    </u> ml/h				

Padrão Cognitivo:	Isolamento:	Cabeça e pescoço:	Cabeça e pescoço:
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Torpor <input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Gotícula <input type="checkbox"/> Reversa	Crânio: <input checked="" type="checkbox"/> Simetria <input checked="" type="checkbox"/> Assimetria Face: <input type="checkbox"/> Simetria <input type="checkbox"/> Assimetria <input checked="" type="checkbox"/> Edema	Pescoço: <input checked="" type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Nódulo tireoidiano <input type="checkbox"/> Linfonodos OBS: <u>    </u>

Pele:	LPP:	Curativo:	Fontanela:
<input type="checkbox"/> Íntegra <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Rush	<input type="checkbox"/> Sim - Local: <u>    </u> <input checked="" type="checkbox"/> Não Tipo de curativo: <u>    </u>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: <u>    </u> Aspecto: <u>    </u> Se sim, aplicar ficha de curativo padronizada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Abaulada

META 2-COMUNICAÇÃO EFETIVA- NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**Hospital da Restauração**

2 - CNES  
**0000655**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**HR**

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**Felipe Henrique de Silva**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
**1736067**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
**Tc em fase +30**

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
**Tomografia HR**

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
**Prótese dentária**

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
**Tratamento**

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**trane em fase**

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**04/30/10**

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
**AUTORIZAÇÃO**

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
**1/1**

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015770917257  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	RENAVAM	RAT.C.	EXERCÍCIO
1	566280507	*****	2020

NOME  
JOAO RODRIGUES DA SILVA  
PAUDALHO-PE

CPF / CNPJ	PLACA
044.096.054-10	PER5576

PLACA ANT / UF	CHASSI
***** / PE	SC2HC1670DR516771

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS / AUTOMOTORA	ALCO / GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN EST	2013	2013

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/1490L	PAU210	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2020 QUITADO		1* ***** 2* ***** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	ICP (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
8.10	0.05	12.30	11/02/20

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

SIGN.	SOCIAL	DATA
JOAO RODRIGUES DA SILVA		16/02/20

JOAO CARLOS MOREIRA FONTALLES  
DIRETOR RESPONSÁVEL DE TRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
A CONDUTORES DE VIA TERRESTRE E/OU POR SUA CARGA A PESSOA  
TRANSPORTADA DANADO SEGURO DPVAT

PE Nº 015770917257 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
JOAO RODRIGUES DA SILVA

55825-01

CASA PAUDALHO-PE  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0300 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2020	16/02/20

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	044.096.054-10	PER5576

RENAM	MARCA / MODELO
566280507	HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB.	DI. TARE.	Nº CHASSI
2013	011	SC2HC1670DR516771

PRÊMIO TARIFÁRIO		
R\$ (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
3.65	0.41	4.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICP (R\$)	VALOR DO PRÊMIO (R\$)
4.15	0.05	12.30

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	11/02/20

SEGURODORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 08.245.408/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.



## PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: João Rodrigues da Silva  
RG/CNH/CTPS: 6168856 SSP/PE  
CPF: 244096254-10  
Profissão: Trabalhador Rural  
Estado Civil: solteiro  
End: Rua Una Ponto Duarte, 204 - A, Centro, Itaquitinga - PE

Outorgado: **Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho**  
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE  
CPF: 083.562.324-65  
Profissão: Autonomo  
Estado Civil: Casado  
End: Rua Duque de Caxias, Nº170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 51900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado, com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao seguro DPVAT, que figura como vítima:

João Rodrigues da Silva

ACIDENTE: 10.04.2020

COBERTURA: Invalidez

Itaquitinga PE

27/10/2020

João Rodrigues da Silva

OUTORGANTE

(POR AUTENTICIDADE)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 150 ANOS DE INDEPENDÊNCIA  
 TRIBUNAL FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**1019700386**

**1019700386**

Nome: **LOA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

RG: **0317119 RDS DE**

CPF: **083.582.374-05** Data de Nascimento: **01/12/1991**

Função: **MARCUS ANTON ALBUQUERQUE DE DE CARVALHO**

Nome da Mãe: **ROBERTA ALEXANDRA MANGABEIRA ALBUQUERQUE**

CPF do Titular: **[REDACTED]** CPF do Pai: **[REDACTED]** CPF da Mãe: **[REDACTED]**

Nº Processo: **06503230220** Data de Cadastro: **09/01/2020** Data de Emissão: **10/03/2020**

Ocupação: **sem observações**

*[Assinatura]*  
 Assinatura do Titular

**1019700386**

Local: **PROFESSOR - PE** Data de Emissão: **12/01/2015**

*[Assinatura]*  
 Assinatura do Diretor

16440585286  
 88284126433

1019700386



## PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: João Rodrigues da Silva  
RG/CNH/CTPS: 6168856 SSP/PE  
CPF: 244096254-10  
Profissão: Trabalhador Rural  
Estado Civil: solteiro  
End: Rua Una Ponto Duarte, 204 -A, Centro, Itaquitanga -PE

Outorgado: **Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho**  
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE  
CPF: 083.562.324-65  
Profissão: Autonomo  
Estado Civil: Casado  
End: Rua Duque de Caxias, Nº170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 51900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado, com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao seguro DPVAT, que figura como vítima:

João Rodrigues da Silva

ACIDENTE: 10.04.2020

COBERTURA: Integraliz.

Itaquitanga PE

27/10/2020

João Rodrigues da Silva

OUTORGANTE

(POR AUTENTICIDADE)





06/11/2020

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55ªCIRC DINTER1/11ªDESEC  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0145000406**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/11/2020 às 11:10

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia 3/10/2020 às 23:30

Fato ocorrido no endereço: **PE 62 - QUE LIGA CONDADO A ITAQUITINGA, 01** - Bairro: -  
**CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: 0  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)**  
**JOAO RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO RODRIGUES DA SILVA**

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

**JOAO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **DORALICE MARIA DA CONCEICAO** Pai: **VICENTE RODRIGUES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/3/1981** Nacionalidade: **ITAMBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6169858/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **ANUFIADO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **+ 91964740076**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 214, RUA ANA FINTD DUARDE** - CEP: - Bairro: -  
**ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO RODRIGUES DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013  
Descrição: HONDA/CG 150 FAN ESI

Complemento / Observação

file:///C:/Users/Policia\_civil/Infopol-5.0.3/html/BOEPReview.html

1/2

06/11/2020

Boletim de Ocorrência

COMPARECEU A PERMANENCIA DESTA DELEGACIA O SENHOR JOÃO RODRIGUES DA SILVA NOTICIANDO QUE QUANDO TRANSITAVA NA PE 62, VINDO DA CIDADE DE CONDADO PARA ITAQUITINGA, MOMENTO QUE PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA VINDO A COLIDIR COM UMA ARVORA, SOFRENDO LESÃO NA REGIÃO DA FACE, SENDO OCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DE RECIFE.

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

+ João Rodrigues da Silva  
JOAO RODRIGUES DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE MARTINS LEITE - Matrícula: 1500040  
(Liberado em 06/11/2020 às 11:38)





# 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: 044.096.054-10 4 - Nome completo da vítima: João Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: João Rodrigues da Silva 6 - CPF: 044.096.054-10  
 7 - Profissão: recusou 8 - Endereço: Rua Ana Pinto Duarte 9 - Número: 204 10 - Complemento: A  
 11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itaquitinga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55950-000  
 15 - E-mail: amemoria.guiana@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 9.3289-7962

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 a R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: 0774 CONTA: 30766 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

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

MORTE

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que se apresentar e provar a ocorrência de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALABELIZADO

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alabelizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Itaquitinga - PE 05.01.2021  
João Rodrigues da Silva  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_





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, 12 de Fevereiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210002531**

**Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOAO RODRIGUES DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 54,54
Juros:	R\$ 0,44
Total creditado:	R\$ 1.404,98

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **JOAO RODRIGUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.404,98**

Banco: **104**

Agência: **000000774**

Conta: **0000030766-2**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

