



Número: **0000311-51.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/01/2023**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANA PAULA BARBOSA (AUTOR)		ELISANGELA ROSENDO DA SILVEIRA (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12509 2996	03/02/2023 15:33	<a href="#">ANEXO 2</a>	Outros (Documento)

ITAÚ UNIBANCO 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:** 341                   **AGÊNCIA:** 1234                   **CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:** 13/08/2020  
**NUMERO DO DOCUMENTO:** 320025766701  
**VALOR TOTAL:** 843,75

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** ANA PAULA BARBOSA

**BANCO:** 341  
**AGÊNCIA:** 00874  
**CONTA:** 000000066689

---

---

**Número da Autenticação**

47D5367B898CEACF289ACA9C2CC49F3DAA4D76BEA7D2E75954AB5C75FB2AAA9F



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200257667 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA PAULA BARBOSA **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** VITIMA COM CICATRIZ EXTENSA EM REGIÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, REALIZA FLEXÃO DO JOELHO A CERCA 85 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA LEVE, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.

**Resultados terapêuticos:** LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO, FISIOTERAPIA.  
EVOLUI COM RETRAÇÃO CICATRICIAL  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/08/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200257667 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA PAULA BARBOSA **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA JOELHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200257667 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA PAULA BARBOSA **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** VITIMA COM CICATRIZ EXTENSA EM REGIÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, REALIZA FLEXÃO DO JOELHO A CERCA 85 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA LEVE, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.

**Resultados terapêuticos:** LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO, FISIOTERAPIA.  
EVOLUI COM RETRAÇÃO CICATRICIAL  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/08/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202724/20  
**Vítima:** ANA PAULA BARBOSA  
**CPF:** 082.583.004-40  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 16/02/2020  
**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** ANA PAULA BARBOSA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA : 488.217.804-49

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

#### ANA PAULA BARBOSA : 082.583.004-40

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: 21/07/2020  
Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA  
CPF: 488.217.804-49

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso



## PROCURAÇÃO

Outorgante: ANA PAULA BARBOSA, brasileiro (a),  
estado civil SOLTEIRA, profissão DA LAR, residente e domiciliado à  
Rua CINCO, nº 195,  
bairro RIO DOSE, Município de OLINDA,  
Estado de (o) PE; portador (a) do RG nº 5825358 5051 PE e CPF nº  
08258322442

Outorgado: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA, brasileiro (a), estado civil:  
divorciado, profissão: professor, residente e domiciliado (a): Avenida Dr. Cláudio Jose  
Gueiros Leite, bairro: Janga, Município do Paulista, Estado de PE portador (a) do RG nº  
2883138 /SDS / PE e CPF 48821780449.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)  
outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer  
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento da indenização por  
invalidez permanente, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a)  
ANA PAULA BARBOSA, ocorrido em  
16/02/2020.

### PODERES

Podendo o dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a)  
fosse para requerer: FICHAS DE ATENDIMENTO, PRONTUARIOS, RESUMOS DE ALTA  
HOSPITALAR, BOLETINS DE ESCLARECIMENTO, FICHAS DE CIRURGIA, EXAMES DE  
IMAGEM, LAUDOS MEDICOS, BOLETINS DE OCORRENCIA DE ACIDENTES DE  
TRANSITO, TODOS MANTIDOS SOB POSSE E GUARDA DAS POLICIAS RODOVIARIA  
FEDERAL E ESTADUAL, MILITAR, POLICIA CIVIL, IML, EM QUALQUER  
ESTABELECIMENTO HOSPITALAR E DE PRONTO ATENDIMENTO, CORPO DE  
BOMBEIROS MILITAR E SAMU EM TODO TERRITORIO NACIONAL.

OLINDA, 11 de JULHO de 2020.

Ana Paula Barbosa  
Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.







Atendimento: 517515

Senha da Classificação:

Data e Hora: 16/02/2020 23:15

0042

Paciente: 110944 ANA PAULA BARBOSA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1979 Idade: 40 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE MELO BARBOSA

Nome do Pai: JOSE CARLOS BARBOSA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPIEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA CINCO

125

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

VITIMA DE QUAZODORNO COM TUMOR EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO. Há 2 meses não consegue caminhar.

Exame Físico

CONSISTENTE, ORIENTADO, EUPNEICO. MIE FORTALECIDO. TUMOR EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO.

Hipoteses Diagnosticas

TUMOR EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO

Prescrição Médica

DX JOELHO  
- SAT/VAT IM  
- CETA ZOLINA 2g tab 24/00  
- DIFERONA 1200g 24/00  
- TIA MARDOL 100g 24/00

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Ivo Lacerda  
CRM: 123456789

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação




# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/02/2020 22:03

	Nome Paciente:	ANA PAULA BARBOSA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	10/08/1979
	Sexo:	Feminino
	Idade:	40
	Senha:	0042
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	

: 16/02/2020 23:08 - 16/02/2020 23:13

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VINDO DA UPA DE OLINDA COM FERIMENTO EXTENSO MSE

Observação: HAS- DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):  
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL  
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE  
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- SACR - REGUA DE DOR: 5  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM  
- GLICOSE: 125.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 36.50 %

HMA Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não ( )

Assinatura

*Truano de ...*  
Enfermeiro

RECIBO  
16/02/2020

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - : ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 16/02/2020 23:13

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: **1593857**  
Data e Hora: **16/02/2020 20:33**

Seriviz da Classificação: *Transferida*

Paciente: **332928 ANA PAULA BARBOSA** Sexo: **FEMININO**  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Data do Nascimento: **10/08/1979** Idade: **40 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: **MARIA JOSE DE MELO BARBOSA** Nome do Pai: **JOSE CARLOS BARBOSA**  
Estado Civil: **SOLTEIRO** Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA** CRM: **1234567**  
Endereço: **CINCO** - **125** Bairro: **RIO DOCE**  
Cidade/UF: **OLINDA** PE Cep: **53070191** Usuário Atendimento: **ALEXSANDRACA**  
RG (Identidade): \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): \_\_\_\_\_ Fone: **86707720**  
CRN(Certidão de Registro de Nasc): \_\_\_\_\_ Data de Emissão CRN: \_\_\_\_\_

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Exame Principal  
*Queixa de dor na 2ª mão com trauma  
e trauma (E). Nella dor no punho, dor no dedo,  
na mão uso de analgésicos  
Nella dor no punho*

Exame Físico  
*A - VHS normais Bilurú E - Ferimentos no punho  
B - MARCHA NORMALMENTE A - IC3240 (E)  
C - Sem sinais de choque  
D - Glicose 15  
E - Ferimentos no punho e pele lateral do punho (E)*

Hipótese Diagnóstico *Do no punho*  
*Ferimentos no punho e trauma (E)*

Conduta Terapêutica  
*- Solicito exames  
- Limpeza + curativos de ferimentos*

Prescrição Médica  
*- Diclofenaco  
- Alprazolam 20 + 40, 80, 160  
- Gabapentina 100mg + 100mg 2x/dia  
21:50*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido: \_\_\_\_\_

Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

*Daniel Cabral*  
Ortopedista  
Carimbo Médico





**Laudo para solicitação de autorização de internação** 519-2

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569	

5 - Nome do Paciente				6 - Nº Prontuário	
ANA PAULA BARBOSA				110944	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
700000119495303	10/08/1979	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe				12 - Telefone de Contato	
MARIA JOSE DE MELO BARBOSA				8184666852	
13 - Nome Responsável				14 - Telefone de Contato	
CICERA					
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
RUA CINCO, 125 - RIO DOCE					
16 - Município		17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
OLINDA		260960	PE	53090355	

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
 21 - NTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO  
 22 - SIENTE ORIENTADA EUPNEICA ESTAVEL

21 - Condições que justificam a internação  
 CIDADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
 ANAMNESE + EXAME FISICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FERIMENTO DO JOELHO ESQUERDO	S810	W199	

27 - Descrição do Procedimento Solicitado				28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA				0415020069
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	
CIRÚRGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	980016279437533	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO		16/02/2020	16339	

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) Acidente de Trânsito	37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
			42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência  
 Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador			47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
			E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador			
( ) CNS ( ) CPF				
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)			

**AIH**  
 262010246718-0

*Francisco Couto*  
 CRM 12246 - TEOT 7447  
 Traumatista Ortopedia

Código do Laudo: 517615





# FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **517517**

Usuário: WESLEYPS

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: <b>ANA PAULA BARBOSA</b>	Prontuário: 110944
Idade: 40s 6m 8d      Sexo: F      Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 10/08/1979
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 5825355      C.P.F.: 08258300440      Telefone:	CEP 53090355
Endereço: RUA CINCO	, 125 - RIO DOCE - OLINDA - PE
<b>Dados da Internação</b>	
Origem: INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 16/02/2020 23:44
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGI	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERMELHO EXTRA 25

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

**FATURADO**  
02/02/2020  
MAGDA  
FATURISTA

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 17/02/2020      Hora da Alta: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Motivo:  Melhorado     A Pedido     Transferência     Óbito     Evasão

Condições de Alta: Melhor

Diagnóstico Principal.....: Fratura de crânio em joelho

Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_

Procedimento.....: Le + Dc

Francisco Couto  
CRM 13246 - TEOT 7447  
Traumatologista

Ana Paula Barbosa  
Responsável pela retirada do paciente      Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgico (Intervenção cirúrgica, anestias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ana Paula Barbosa  
Assinatura e RG do paciente ou responsável





### Protocolo de Encaminhamento

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) **SENHA 5285072**  
 Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: 49a  
 Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: Oliveira

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
 Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
 Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S( ) N( )  
 Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )  
 Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
 Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
 Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
 Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
 Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
 Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
 Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Queda de novo com trauma em  
Joelho  
 Hipótese Diagnóstica: 1) Ferimento exposto Joelho

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )  
 Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/Estridor: S( ) N( )  
 Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )  
 Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )  
 Perfusão Periférica: Boa( ) Lentificada( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
 Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
 Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100
---	---



**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: Ana Paula Barbosa DATA DE NASC.: 10/08/1971

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ REG: 110944

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ DATA DA ADMISSÃO 16/2/2020 DATA DA ALTA 17/02/2022

DIAGNÓSTICO: FOLICULITE BARRAS EM JOIAS (E)

**TRATAMENTO REALIZADO:**

LC + DC

**ORIENTAÇÃO:**

Evitar uso jóias

**PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM  NÃO  15 Dias

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:   /  /  

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

**Francisco Couto**  
CRM 13246 - TEOT 7447  
"Bom dia Otopédia"

**ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS**



Atendimento: 517517

Dt Atendimento: 16/02/2020 - 23:44

Dt Alta: 17/02/2020 - 17:00

Paciente: 110944 ANA PAULA BARBOSA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 770 VERMELHO EXTRA 25

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MONICABSL

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta  
ENF. IZABELE

MONICA BARBOSA DOS SANTOS LIMA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 62965 Sala : 0001 SALA 01  
Paciente : 110944 ANA PAULA BARBOSA Atendimento : 517517  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 770 VERMELHO EXTRA 25 Idade : 40 Anos  
Dt. Início : 17/02/2020 02:30 Dt. Fim : 17/02/2020 03:20  
Cid Pré-Operatório : S810 FERIMENTO DO JOELHO  
Cid Pós-Operatório : S810 FERIMENTO DO JOELHO

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRII  
Convênio: 001 SUS : INTERNACAO  
Anestesia:

URGIAO 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO  
ANESTESISTA 16619 LUAR DE OLIVEIRA SILVA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: EXTENSO FERIMENTO JOELHO ESQ  
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA  
OPERADOR: DR GUSTAVO LEÃO  
ANESTESISTA: DRA LUAR  
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM DAS FERIDAS NA FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQ
5. DESBRIDAMENTO DE BORDOS DAS FERIDAS + TECIDOS DESVITALIZADOS
6. VERIFICAMOS INTEGRIDADE DA CÁPSULA DO JOELHO ESQ COM INTEGRIDADE DA SUPERFÍCIE ARTICULAR DA PATI TROCLEA FEMORAIS
7. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 10.000 ML
8. SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0 E 3-0
9. CURATIVO
10. OBSERVADO BOA PERFUSAO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Ian Lacerda  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PE: 22590/CRM-PE: 1624

DR(A) : LUIZ ANTONIO DE CARVALHO  
CRM : 13925



Atendimento: 518792

Senha da Classificação:

Data e Hora: 26/02/2020 09:13

0006

Paciente: 110944 ANA PAULA BARBOSA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1979 Idade: 40 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE MELO BARBOSA

Nome do Pai: JOSE CARLOS BARBOSA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA CINCO

125

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Paciente com história de acidente com motocicleta há 10 dias cursando com ferimento extenso em pé esquerdo realizada LC+D e sutura após alta, drenagem saída de secreção serosa, calor local e dor na região da ferida

Exame Físico

ECG aférril ao toque, LOTE, supina.  
PO hiperemiada com mínima saída de secreção serosa a expressão sem pontos de flutuação, com discreto escurecimento de borda do ferimento

Dati

Hipótese Diagnóstico

PO de ferimento extenso em face lateral de pé esquerdo

Prescrição Médica

Em tempo: discutido caso com Dr Hugo Freitas o qual orienta que diante da ausência de sinais locais de infecção local e sem sinais de infecção sistêmica é indicada antibioticoterapia via oral e manutenção do regime ambulatorial para a mesma.

cp: alta para retorno ambulatorial.

Dr. Luiz ROBERTO Mello Junior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-BA 47000 CRM-BA 33039

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 16/12/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 16/12/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: ANA PAULA BARBOSA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de acidente de motocicleta, com fratura fechada do rádio e ulna esquerda. Sem lesões cerebrais (Elevador de inteligência).	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Lágrima - Contusão em face lateral de olho esquerdo. Sem lesões cerebrais (Elevador de inteligência).	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Redução fratura: 30 dias
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Extensão fechada rádio-ulna - contusão em face lateral de olho esquerdo
2º	Fratura fechada do rádio e ulna esquerda
3º	Lesões ligamentares e tendões. Lesão do dorso e do punho
4º	Deficite de força e coordenação em M.I.F. 50%
5º	Classe 1 - deficiência de punho de força (FTIC) de força

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 09/12/2020 A 09/12/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Local: Recife DATA: 9/12/2020

Assinatura e Carimbo: Maurício César de Mello, Ortopedista, CRM 12345

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1482727575

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1482727575

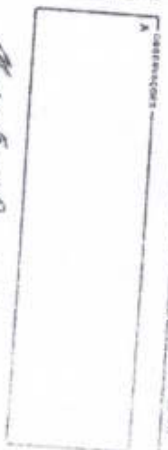


REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
CORPO DE POLÍCIA MILITAR

ADMICIO FERRNADO ALBUQU DA SILVA



CPF: 288319 898 PE  
RG: 488.217.804-68  
NOME: ADMICIO FERRNADO ALBUQU DA SILVA  
MATERIA: JOSE ALACIO DA S ILVA  
DATA: 01/10/1988



*Admicio Ferrnado Albuquerque da Silva*

LOCAL: OLINDA, PE  
DATA: 18/07/2017  
PERNAMBUCO



### TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 07.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contida neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM BOLLNOS LIND - FAT - FUNDO DE AMOR AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL ATE: WWW.MTE.GOV.BR



**MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.12732.35-2

5176711

0050

PE

Ana Paula Barbosa






**ANA PAULA BARBOSA**

**REGISTRO:**

NOME: MARIA JOSE DE NELO BARBOSA  
 JOSE CARLOS BARBOSA

NASCIMENTO: 16/09/1979

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: NAZARÉ DA MATA - PE

DOCUMENTO: R.G. - SERENA - 05040708 - 208 - PE

LEI Nº 6446, DE 18 DE MAIO DE 1966

CITY: 042.083.004-47      CIBR:      ZONA: 010

TYT. ELSTON: 08120315009      SEÇÃO: 0138

LOCAL DE EMISSÃO: REC - CLICDA - SEMPRE EMPREGO COM O CUNHA

DATA DE EMISSÃO: 28/08/19

ANEXO 108 - REGISTRO  
Departamento Regional de Trabalho e Emprego - PE

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILIANO





# 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: **08258300440** 4 - Nome completo da vítima: **ANA PAULA BARBOSA**

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

5 - Nome completo: **ANA PAULA BARBOSA** 6 - CPF: **08258300440**  
7 - Profissão: **EMPR. DOMESTICA** 8 - Endereço: **RUA CINCO** 9 - Número: **195** 10 - Complemento: **CASA**  
11 - Bairro: **RIO DOCE** 12 - Cidade: **OLINDA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53070191**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): **81-985102808**

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 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:  
 RECUZO INFORMAR  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 abertos. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **0874** CONTA: **66609** **4** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  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 (se nascido)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
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

40 - Local e Data, **OLINDA 27 DE JULHO DE 2020**  
**ANA PAULA BARBOSA**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 7A. SECCIONAL - OLINDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0321000847**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/06/2020** às **00:01**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **16/2/2020** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JULES RIMET, 01** - Bairro: **RIO DOCE** - **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53040-150**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO ( AUTOR / AGENTE )  
ANA PAULA BARBOSA ( VITIMA )  
LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO**

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

**ANA PAULA BARBOSA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DE MELO BARBOSA**  
Data de Nascimento: **10/8/1979** Naturalidade: **NAZARE DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
**5825355/SDS/PE (RG)** **08258300440 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão:  
**EMPREGADO(A) DOMESTICO(A)** Telefones Celulares:  
- **985102808**  
- **82560404**

Endereço Residencial: **RUA CINCO, 195 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTNO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **VILMA FERREIRA DE MELO** Data de Nascimento: **15/9/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
**6741901/SDS/PE (RG)** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:  
- **985102808**  
- **84666852**

Endereço Residencial: **RUA CINCO, 195 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Placa: **QYE7615** (PERNAMBUCO/OLINDA)  
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2020** Combustível: **ALCO/GASOL**

## Complemento / Observação

**OS NOTICIANTES VIERAM REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORAM VITIMAS QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA TRAFEGAVAM NA MOTO ACIMA QUALIFICADA LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO COMO CONDUTOR E ANA PAULA BARBOSA NO BANCO GARUPA QUANDO UMA OUTRA MOTO DE CONDUTOR E PLACA DESCONHECIDAS APROXIMOU-SE ANUNCIANDO UM ASSALTO A VITIMA ACELEROU A MOTO PARA FUGIR DOS CRIMINOSOS E ALGUNS METROS DEPOIS PERDEU O CONTROLE BATEU NO MEIO FIO DA CALCADA E CAIU COM A MOTO. O SENHOR LEONARDO PEDRO RELATOU QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ENQUANTO A SENHORA ANA PAULA BARBOSA DECLAROU QUE FORA SOCORRIDA PELO SAMU PARA UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDA PARA HOSPITAL MIGUEL ARRAES.**

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

**ANA PAULA BARBOSA**  
(VITIMA)

**LEONARDO PEDRO DO NASCIMENTO**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RICARDO BARBOSA LEITE** - Matrícula: **2211998**  
(Liberado em **28/06/2020** às **16:29**)





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, 14 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200257667**

**Vítima: ANA PAULA BARBOSA**

**Data do Acidente: 16/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANA PAULA BARBOSA**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: **ANA PAULA BARBOSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000000874**

Conta: **000006689-4**

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,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

