



Número: **0003114-25.2023.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **08/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAISE ALVES DOS SANTOS (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
133666106	22/05/2023 12:24	2883422_CONTESTACAO_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARUARU/PE - SEÇÃO -

PROCESSO: 00031142520238172480

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DAISE ALVES DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **15/12/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **19/05/2021**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 - Centro - RJ - Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 19/05/2021 após 5 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 15/12/2020, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.



DO MÉRITO

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DO MÉRITO

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017



Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro - CEP:20021-290 – RJ – Rio de Janeiro e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CARUARU, 22 de maio de 2023.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **OAB/PE 30225** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DAISE ALVES DOS SANTOS**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **CARUARU**, nos autos do Processo nº 00031142520238172480.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2023.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

123456

¹ Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**"(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



⁶art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/05/2023 12:23:58
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052212235801900000130571757>
Número do documento: 23052212235801900000130571757

Num. 133666106 - Pág. 10

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/05/2023 12:23:58
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052212235801900000130571757>
Número do documento: 23052212235801900000130571757



Número: **0003114-25.2023.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **08/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
DAISE ALVES DOS SANTOS (AUTOR)			KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
133666108	22/05/2023 12:24	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3016 CONTA: 17127

(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 não há possibilidade de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascido(nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/05/2023 12:24:01

Num. 133666108 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0180001518**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/05/2021** às **16:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/12/2020** às **20:15**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JUSTINO FRANCISCO DA SILVA, 1 - Bairro: CEDRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55027-480 - Ponto de Referência: PROX. AO ANTIGO CURTUME**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
RUBENS DE SOUZA FREITAS (OUTRO)
JOSE BELO DA SILVA (OUTRO)
DAISE ALVES DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE BELO DA SILVA

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

DAISE ALVES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSENILDA DOS SANTOS** Pai: **DORGIVAL BENEDITO ALVES** Data de Nascimento: **23/6/1991** Naturalidade: **MACEIO / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **9081768/SDS/PE (RG), 11538556405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **DO LAR** Residencial: **RUA AMERICANO FREIRE, 113-A, PROX. AO COLEGIO LAURA FLORENCIO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. AO COLEGIO LAURA FLORENCIO**

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

RUBENS DE SOUZA FREITAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE BELO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RUBENS DE SOUZA FREITAS**, que estava em posse do(a) Sr(a):



JOSE BELO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFC4556** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **329857177** Chassi: **9C2KC1670BR548344**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO O QUAL ERA CONDUZIDO POR JOSÉ BELO DA SILVA, PELA VIA ACIMA INFORMADA, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO TIPO MOTO VEIO A COLIDIR NA TRASEIRA DA MOTO EM QUE A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE, VINDO A MESMA SE DESIQUILIBRAR DO REFERIDO VEÍCULO TOMBANDO JUNTAMENTE COM O CONDUTOR E O VEÍCULO, ONDE VEIO A SOFRER FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E TIBIA ESQUERDA. QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES E CONDUZIDA DA PARA A UPA DAS RENDEIRAS, E APÓS TRANSFERIDA PARA O HRA-CARUARU E DIAS APÓS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRURGICA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.

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

X Daise Alves dos Santos
DAISE ALVES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DAVID LOPES DOS SANTOS JUNIOR** - Matrícula: **381086-0**
(Liberado em **19/05/2021** às **16:33**)



19/05/2021 16:30





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3016 CONTA: 17127 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 não há possibilidade de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascido(nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/05/2023 12:24:01

Num. 133666108 - Pág. 4

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052212235905100000130571759

Número do documento: 23052212235905100000130571759



FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO:UPA RENDEIRAS - CNES:9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

CARUARU

SINAIS VITAIS		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
PA:130X80mmHg	Temp:Cº	AMARELO	
FR: rpm	FC:		
PESO:0 kg	HGT: mg/dl		
SPO²:	HORA:20:14:58	ESPECIALIDADE	Médico clínico

ALERGIA.:PLASIL

DADOS PESSOAIS

PRONTUÁRIO 320163/

NASCIMENTO: 23/06/1991

IDADE: 29 anos, 5 mes(es) e 22 dia(s)

NOME CIVIL: DAISE ALVES DOS SANTOS

NOME SOCIAL: SEXO: FEMININO

GÊNERO ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL

MÃE: JOSENILDA DOS SANTOS

PAI: DOGIVAL BENEDITO ALVES ENDEREÇO: RUA R 50 N 09

BAIRRO: CIDADE JARDIM CIDADE: 260410-CARUARU FONE: 997493962

Nº CARTÃO SUS: 001608074098528 Nº DO DOC/CPF: RG:

CLASSIFICAÇÃO - QUEIXA DO PACIENTE:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM POSSÍVEL FRATURA EM MIE
/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO Atendente.: aryadne.gecyca

ASSISTENTE SOCIAL - OBSERVAÇÕES:

/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO

HISTÓRICO DO PACIENTE:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUCTA:

TIPO DE ALTA:

[] DOMICÍLIO [X] TRANSFERÊNCIA [] AMBULATÓRIO HORA DA LIBERAÇÃO:

Dr. Lucas Siqueira

CREMEPE: 18671

ATENDENTE: MARIA LUCICLEIDE

RECEPCIONISTA(ASSINATURA/CARIMBO) ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HRA ortopedia - 609 07 90.





FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO:UPA RENDEIRAS - CNES:9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

MEDICAÇÃO PRESCRITA

ADMINISTRAÇÃO DAM MEDICAÇÃO-
CARIMBRO/ASSINATURA/HORA

1 - 1x 10mg 12h

2 - 1x 10mg 24h + 10mg 12h

3 - 1x 10mg 12h + 10mg 24h

4 - 1x 10mg 12h + 10mg 24h

Tiletal + DOCEY
Dose on + DOCEY

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

HORA

P.A

TEMP

F.C

F.R

HGT

SPO2

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM



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:	21/07/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321018610901
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAISE ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03016
CONTA: 000000017127

Número da Autenticação

C4E561399C0237C5





CELPE

DADOS DO CLIENTE

ESTER DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 026.665.774-57

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Conv. Monômia - Monofásico

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Eneigética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista. Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AMERICANO FREIRE 113 A

SALGADO/CARUARU
CARUARU PE
55018-590

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2828369019	04/2021
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA
27/04/2021	18/05/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	

NOTA FISCAL	TIPO	DATA
152281017	UNICA	19/04/2021
APRESENTAÇÃO	EM DOBLETE	





CELPE

DADOS DO CLIENTE

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

CPF: 628.462.994-04 NIS: 124.193.984.93

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

131449025

ÚNICA

10/11/2020

Companhia Energética de Pernambuco

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RICARDO PILAR 332

SÃO FRANCISCO/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

CONTRATO

0820850017

MES/ANO

11/2020

DATA DE VENCIMENTO

17/11/2020

DATA PREVISTA PROXIMA LETURA

10/12/2020





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

- Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, <u>Rosilene Margarida da Silva</u>	DE DINHEIRO
Inscrito (a) no CPF/CNPJ <u>029 170 884 / 60</u>	na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
<u>Daise Alves dos Santos</u>	Inscrito (a) no CPF sob o Nº <u>415 385 564 / 05</u>
do sinistro de DPVAT, cobertura <u>Invalidez</u>	da Vítima <u>Daise Alves dos Santos</u>
Inscrito (a) no CPF sob o Nº <u>415 385 564 / 05</u>	conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____	e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar	

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: Ricardo Pilon</u>	Número: <u>332</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>São Francisco</u>	Cidade: <u>Barueri</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>Rose Silva, roques@hotmail.com</u>	CEP: <u>55008-490</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 99285-308</u>

Local e Data: Barueri, 12-07-2021

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	13/12/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	13/12/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: DANIEL ALVES DOS SANTOS			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: + Fratura do 1/3 distal dos ossos Perna esquerda (tibia e fêmur) Punho da			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): + Ao Cirúrgico. Redução cirúrgica + osteossíntese de fraturas de tibia e fêmur e punho da perna e punho da.			
ALTA MÉDICA? ☒ SIM () NÃO			
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM ☒ NÃO			
CASOS DADOS POSITIVOS DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ 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 ① Membro Inferior Esquerdo ± 60% + Inferior esquerdo / MIE + Inferior esquerdo / MIE + Membro Inferior Esquerdo MIE			
AFIRMO QUE ASSIM E/OU AVALIEI A VÍTIMA DO PERÍODO DE 12/02/2021 a 12/02/2024 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAMENTE VERDADEIRAS.			
LOCAL:	Amazônia	DATA:	12/02/2024
ASSINATURA E CARIMBO:		João Ricardo P. Peruci Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 7142	





FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO:UPA RENDEIRAS - CNES:9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

CARUARU

SINAIS VITAIS		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
PA:130X80mmHg	Temp:Cº	AMARELO	
FR: rpm	FC:		
PESO:0 kg	HGT: mg/dl		
SPO2:	HORA:20:14:58	ESPECIALIDADE	Médico clínico
ALERGIA.:PLASIL			

DADOS PESSOAIS

PRONTUARIO 320163/ 1963 NASCIMENTO: 23/06/1991 IDADE: 29 anos, 5 mes(es) e 22 dia(s)

NOME CIVIL: DAISE ALVES DOS SANTOS

NOME SOCIAL: _____ SEXO: FEMININO

GÊNERO ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL

MÃE: JOSENILDA DOS SANTOS

PAI: DOGIVAL BENEDITO ALVES ENDEREÇO: RUA R 50 N 09

BAIRRO: CIDADE JARDIM CIDADE: 260410-CARUARU FONE: 997493962

Nº CARTÃO SUS: 001608074098528 Nº DO DOC/CPF: _____ RG: _____

CLASSIFICAÇÃO - QUEIXA DO PACIENTE:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM POSSÍVEL FRATURA EM MIE
/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO Atendente.: aryadne gecyca

ASSISTENTE SOCIAL - OBSERVAÇÕES:

/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO

HISTÓRICO DO PACIENTE:

Prontuário 320163/1963

EXAME FÍSICO:

Atendimento realizado em UPA de Caruaru

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura de MIE

CONDUTA:

TIPO DE ALTA:

[] DOMICÍLIO ☒ TRANSFERÊNCIA [] AMBULATÓRIO HORA DA LIBERAÇÃO: _____

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

ATENDENTE: MARIA LUCICLEIDE

RECEPCIONISTA(ASSINATURA/CARIMBO) ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HRA ortopedia - 609 0790.





HOSPITAL DE
CARUARU

FICHA DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ESTABELECIMENTO:UPA RENDEIRAS - CNES:9070419

DATA/HORA: 15-12-2020 20:15:00

MEDICAÇÃO PRESCRITA

ADMINISTRAÇÃO DAM MEDICAÇÃO-
CARIMBRO/ASSINATURA/HORA

1 - 2x 1 comprimido de 100mg

2 - 1 comprimido de 100mg + 1 comprimido de 100mg

3 - 1 comprimido de 100mg + 1 comprimido de 100mg

4 - 1 comprimido de 100mg + 1 comprimido de 100mg

Triletil + 100mg
Dose 04 + 100mg

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

HORA

P.A

TEMP

F.C

F.R

HGT

SPO2

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM





CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS

UPA
RENDEIRAS

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: DARLE ALVES DA SILVA IDADE: 23
REGISTRO: _____ HORA: 12:30 DATA DE NASCIMENTO: 23/06/1991

HISTÓRIA ATUAL:

Paciente vítima de acidente com motorista
Andando de bicicleta em M.E.

EXAME FÍSICO:

A.M.H. 12/10/12 12/12/12
Alto 1,70 m (A: 120 cm)
Su: 60 kg e 120 cm (B: 120 cm)

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Furto de bicicleta em M.E.

CONDUTA:

Atendimento em T. de Urgência

TRANSFERIDO PARA: HNA SENHA: 6090790

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

ASSINATURA E CARIMBO

NÃO

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

DATA: 18/12/16





Prontuário: 296210

Religião:

CNS: 160900544620005

Nº: 09

Estado: PE

Profissão: DO LAR

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

VIGILANZA EPIDEMIOLOGICA 1993

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

HDA: Queda de moto hs = 24h. Com ~~Reserva~~
no. ME

Exame Físico:

Pacientes com ~~Exatima~~ 1/4 PA:
dos pontos da ME

PA:

FC:

FR:

Diag. Provisório:

PRSTV072 No tubes + fibula during E

Prescrição:

Dieta:

Horário

Data

Differences of No change electric

~~Dr. João Luiz da Rocha~~
~~Otorrinolaringologista~~
~~CRM - 12035~~





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

16/12/2020 16:16:38
2 de 2

Usuario do Atendimento
RINALDOSSF



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 16/12/2020 15:54

Nome Paciente:	DAISE ALVES DOS SANTOS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	23/06/1991
Sexo:	Feminino
Idade:	29
Senha:	U0023
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 16/12/2020 16:01 - 16/12/2020 16:02

CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA FECHADO DE MIE

Observação: NEGA HAS E DM
ALERGIA A PLASIL

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/12/2020 16:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

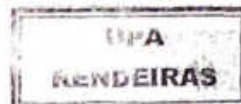
Página 1 de 1





CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: DARLE ALVES DE MELLO IDADE: 23
REGISTRO: _____ HORA: 5:30 DATA DE NASCIMENTO: 23/06/1991

HISTÓRIA ATUAL:

Paciente vítima de acidente com lesões
Abuso de Fome em M.E.

EXAME FÍSICO:

A.M.H. 1-12-23-23
AL. 24-10-10 (A: 10-15)
S: 1-10-15-15-15

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fome em M.E.

CONDUTA:

Atendimento em Terapias

TRANSFERIDO PARA: HNA SENHA: 6095710

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

ASSINATURA E CARIMBO

NÃO

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Lucas Siqueira
CREMEPE: 18671

DATA: 15/12/20



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA		7 - CNES 2427419
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE Maíse Alves dos Santos		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 296210
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 16109101344162106131306191		8 - SEXO 1 - Masc ☒ 3 - Fem ☐
11 - NOME DA MÃE Joselma dos Santos		12 - TELEFONE DE CONTATO 9316131640
13 - NOME DO RESPONSÁVEL -/-		14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Odio Campos		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Camamu		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
		18 - UF
		19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma no MIE há 24 horas.		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fratura cingílica		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx + Exat físico		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura dos ossos da perna		
24 - CID 10 PRINCIPAL S87.7		
25 - CID 10 SECUNDÁRIO 		
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Cirurgia		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA Rodrigues	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ☒ 1 - CNB ☐ 2 - CPF	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 1900545641900000
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Joselma dos Santos		33 - DATA DE SOLICITAÇÃO 16/12/2023
34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. João [Assinatura]		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. João [Assinatura]
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - ☐ ACIDENTE TRÁFICO TÍPICO	38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO/TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE		42 - CNPJ EMPRESA
43 - CNES DA EMPRESA		44 - CBOE
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1/1		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente DAISE ALVES DOS SANTOS	6 - Número do Prontuário 134362			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 160900344620005	8 - Data Nascimento 23/06/1991	9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe JOSENILDA DOS SANTOS	12 - Telefone de Contato 81.92272737			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA R 50, 9 () - CIDADE JARDIM				
16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município 2604106	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos

Dor em perna esquerda

21 - Condições que justificam a internação

Necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Exame clínico

23 - Diagnóstico inicial Fratura de tíbia Esquerda	24 - CID 10 Principais S82.9	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 04.08.05.01.44
---	---------------------------------	------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento	28 - Código do procedimento 04.08.05.01.44
---	---

29 - Clínica Ortopedia	30 - Caráter de Internação Eletivo	31 - Documento () CNS () CCPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 097.034.344-28
---------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---

33 - Nome do Profissional Solicitante Natália Serral	34 - Data da solicitação 18/12/2020	35 - Assinatura e Carimbo (nr. do registro do conselho) Dr. Sidney Souza Araújo Ribeiro CRM 24549
---	--	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bônus	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	
38 - () Acidente de Trabalho atípico			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar PREFEITURA DE BEZERROS Secretaria Municipal de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 262010535318-4
48 - Documento () CNS () CCPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequeno

José Lourivaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150



**SUS****Sistema
Único de
Saúde****Ministério
da
Saúde****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

7 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANSELMO ALVES DOS SANTOS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fm ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

296210

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. BGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS EXAMES E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno no ME há 24 horas.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura cirúrgica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura das ossos femur**S82.7**

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

15000011

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

15000011

31 - DOCUMENTO

☒ CNS ☐ CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

11900 88664190000

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOÃO LUIZ DA SILVA

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO

16/12/2023

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

Dr. João Luiz da Silva**CRM - 12000****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CATEGORIA DA EMPRESA

44 - CATEGORIA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

11

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENF - 04 - LEITO_3

Enfermaria: ORTOPEDIA

Atendimento: 607434 Data: 18/12/2020 Hora: 17:23
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável: DRA. NATÁLIA SOBRAL DA SILVA

Recepç.: CAROLINE FERREIRA TORRES
Matrícula: 160900544620005
Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 134362 DAISE ALVES DOS SANTOS
Nascimento: 23/06/1991 - 29 Anos e 5 Meses
Endereço: RUA R 50, 9
Bairro: CIDADE JARDIM
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: DORGIVAL BENEDITO ALVES
Mãe: JOSENILDA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 11538556405
Identidade: 9081768 SDS PE
Telefone: 81.92272737
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 813417

Queixa do Paciente: Paciente sofreu dth em punha E.

Recibo paciente vindo da HRA, com fratura de tíbia
e fíbula esquerdas. Refere dth na movimentação.

H.D.A.: Nega comorbidades. Refere cirurgia na perna.

Exame Físico: EGB

H.D.: Fratura de tíbia E.

Tratamento: Aguarda cirurgia.

Assinatura Necessária do Acompanhante
Dr. José Bello da Silva
Acompanhante

Bezerras, 18 de dezembro de 2020

Natália Sobral
CRM 130350
Assinatura e Carimbo do Médico



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENF - 04 - LEITO_3

Enfermaria: ORTOPEDIA

Atendimento: 607434 Data: 18/12/2020 Hora: 17:23
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. NATALIA SOBRAL DA SILVA

Recep.: CAROLINE FERREIRA TORRES
Matrícula: 160900544620005
Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 134362 DAISE ALVES DOS SANTOS
Nascimento: 23/06/1991 - 29 Anos e 5 Meses
Endereço: RUA R 50, 9
Bairro: CIDADE JARDIM
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: DORGIVAL BENEDITO ALVES
Mãe: JOSENILDA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 11538556405
Identidade: 9081768 SDS PE
Telefone: 81.92272737
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista:

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 22/12/2020

Médico:

Assinatura / CRM

Observação

21/12/2020

Fratura simples fechada do fêmur direito.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.

Transferência Hospitalar

Data: 1/1/

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: Fratura simples fechada do fêmur direito.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.
Fratura simples fechada do fêmur esquerdo.

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

Óbito

Data: 1/1/

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário:



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE DAISE ALVES DOS SANTOS	NÚMERO DO REGISTRO 134362
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA RAQUI	DR. CAIO SOPRANO
DATA DA OPERAÇÃO 21/12/2020	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA COM FIXAÇÃO + FRATURA DE TORNOZELO UNIMALEOLAR + DESBRIDAMENTO + OSTEOTOMIA + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA DE TÍBIA COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA COM POSTERIOR FIXAÇÃO COM: 01 PLACA BLOQUEADA DE TÍBIA COM 10 ORIFÍCIOS 01 PARAFUSO CORTICAL Nº 26 01 PARAFUSO CORTICAL Nº28 01 PARAFUSO CORTICAL Nº34 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 16 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 20 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 22 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 28 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 36 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 38 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL Nº 40 REALIZAMOS MANIPULAÇÃO DA FRATURA DE MALEOLO LATERAL COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA E RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR E POSTERIOR FIXAÇÃO COM: 01 PLACA 1/3 DE CANO DE 07 ORIFÍCIOS 03 PARAFUSOS CORTICAIS Nº14 01 PARAFUSOS CORTICAIS Nº16 01 PARAFUSOS CORTICAIS Nº20 01 PARAFUSOS CORTICAIS Nº26 REALIZAMOS DESBRIDAMENTO REALIZAMOS OSTEOTOMIA LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E APARELHO GESSADO AXILOPALMAR	

João Marilton V. Costa
Traumatologista
CRM-PE 19960



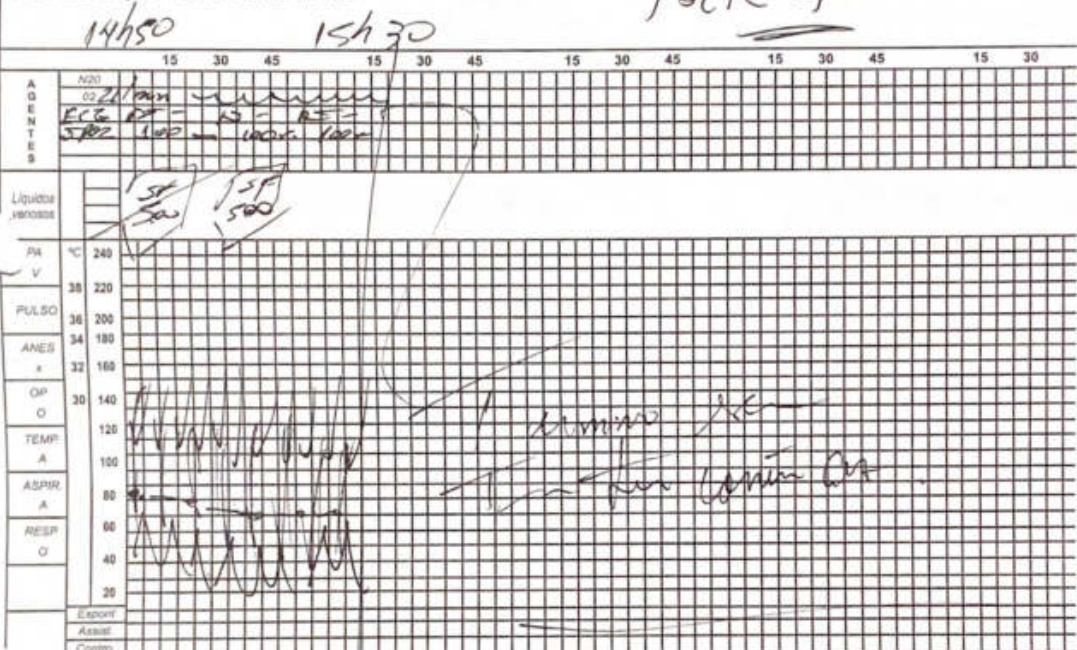
Instituto Alcides d'Andrade Lima
HOSPITAL JESUS PEQUENINO
Fone: 3728-1586 - BR 232 - Bezerros - PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 21/12/22

Nome: DAISE ALVES DOS SANTOS Nº do Registro: 134362 Nº na Clínica: 505
Anestesi: Rogério Aguiar CRM 17437 MA + Sedação NB
Clínica: HJP Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 79 Sexo: F Dr. Carlos V. Soprano
Operador: Dr. João Marilhon Assist.: _____ Anestesista: Dr. Carlos V. Soprano
Diag. Preop.: Fratura Tibial e Diag. Posop.: o mesmo
Op. Proposta: ITO Fratura Tibial e Op. Realizada: ITO Cirurgia Fratura Tibial
Premedicação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
(AO 1-2-3)

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES: Check list	
A. Propofol		135		Rogério Aguiar		ASA I	
B. Morfina		20mg		Parafarm Midium		Nym Hlogia	
C. Clonazepam		10mg		Valec 1 Br. 100		4	
D. Dexametasona		8mg		Clono ALF. 8mg			
E. Dil. Novo		2mg		T6.			
F. Adrenalin		1mg					
G. Atropina		1mg					
H. Clorpromazina		10mg					
I. Albúmina		50mg					
J. Amil		50mg					
LÍQUIDOS				CÂNULA - NASO/ORO FARINGEA NASO/OTRORRINAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA			
TOTAL				Tempo de Anestesia			
OPERAÇÃO:				João Marilton Ortopedista CRM 5880		Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vômito	
ANESTESISTA: Dr. Carlo E. V. Soprano Médico CRM 17.127		CIRURGIÃO: Dr. Carlo E. V. Soprano Médico CRM 17.127		PERDA SANGÜÍNEA:		Hemorragia Antéria Bradi - Taquicardia - Choque	



HOSPITAL JESUS PEQUENININO

COMANDA 697120

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Idaíse Alves das Santos Registro N° 134362
Apt.: _____ Enfermaria.: _____ Data: 21/12/202
Cirurgia: Ext. Vena da Perna Cirurgião: Dr. João
Anestesia: Raqui Anestesista: Dr. Luis
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausebron	x 02
Água Destilada		Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	x 01	Revivan	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	x 03	Rocefin 1g	
Dimorf 0.1	x 01	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Domonid	1ml	Soro Fisiológico	500 01 x
êfortil		Soro Glicosado	
Enoxaparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Transamin	
Fentanil 5ml	1ml	Tenoxicam	x 02
Flumazenil		Thionembatal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidro cortisona 100mg		Voluven	
Hidro cortisona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin		Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaína c/a	x 01	Aguha desc. 25x7/40x12/0.45x13	x 04 x1
Marcaína s/a		Aguha de Plexo	
Marcaína Pesada	x 01	Aguha Raqui	25 x 01
Methergin		Algodão Hidrófilo	



Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico	01	CatGut Crom c/a	01 + 01
Atadura Crepe	15	Fio de Algodão	
Atadura Gesso		Fio de Aço	
Azul de Metileno		Fio Kirschner	
Bolsa p/ Colostomia		Fio Maleável	
Cateter Nasal		Monocryl	
Clamp Umbilical		Mononylon	03
Coletor Sistema Aberto		Polycot	
Coletor Sistema Fechado		Propylene	
Comp. Cirúrgica	02	PDS	
Dreno de Sucção		Seda	
Dreno Penrose		Vicryl	
Dreno Tórax		LÍQUIDOS	
Eletrodos	05	Água Oxigenada	10
Equipo Macrogotas		Álcool 70%	20
Escova de Degermação	04	Glutaraldeído	
Esparadrapo		Éter	10
Esparadrapo Micropore		Formol	
Gaze 7x5x7,5	04	Clorexidina Degermante	50
Neocaina Pesada		TAXAS	
Neocaina Isobárica		Oxímetro de Pulso	Tx
Infusor soluções Parenterais 2 vias		Aspirador	
Intracath		Bisturi Elétrico	
Jelco		Desfibrilador	1 Tx
Liga Clip		Monitor	
Lâmina Bisturi	21 x 01		
Látex 204		OXIGÊNIO	
Luva Estéril	8.0 7.5 x 04	Das _____ às _____	
Luva Descartável	05		
Máscaras	04		
Polifix			
Pró-Pés	04		
Scalp			
Seringa de 01 cc			
Seringa 03 cc			
Seringa 05 cc	x 01		
Seringa 10 cc	x 01		
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Uretral n°			
Sonda '3v' n°			
Transfix			
Pulseiras de RN			
Toucas	04		
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			

Juliana da S. Pereira
Téc. de enfermagem
COREN-PR 112.691





VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1564015797

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

9000356 SDS PE

029.170.884-60

30/01/1976

SEVERINO FIRMINO DA SI
LVA
MARGARIDA FORMOSINA DA
SILVA

AB

06279302663

06/02/2023

13/01/2015

A

Rosilene mangarick da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

CARUARU, PE

07/02/2018


Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

85662886341
PE083881115

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1564015797

OF AC



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

NOME **Daíse Alves dos Santos**

FILIAÇÃO
Dorgival Benedito Alves
Josefilda dos Santos

NATURALIDADE Maceló - AL
DATA NASCIMENTO 23/06/1991 ORGÃO EXPEDIDOR SDS/PE TIPO SANG./FATOR RH
OBSERVAÇÃO

Daíse Alves dos Santos
Assinatura do Identificado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira Ltda

PROTRINHO DIÁSTETICAR

LEI Nº 7.116 DE 13 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL 9.081.768 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/06/2020

REGISTRO CIVIL
Matr.: 002949.01.55.1991.1.00063.298.0067677.22 Maceló - AL 27/05/2020

CPF 115.385.564-05 DNI

T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF

NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH CNS

Paulo de Carvalho
Paulo Augusto Távares do Carmo
Gerente do IITB/PE

ECM-03

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Polegar Direito





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 9305659085	
VIA 1	COD. RENAVAM 329857177	RN-TRC *****	EXERCÍCIO 2012		
RUBENS DE SOUZA FREITAS		NOME			
CARUARU-PE		PLACA PFC4556			
356.276.384-00		CPF / CNPJ			
PLACA ANT / UF ***** / PE		CHASSI 9C2KXC1670BR548344			
PA3 / MOTOCICLETA		ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	
HONDA/CG 150 FAN ESI		MARCA / MODELO		ANO FAB. 2011	
2P/149CL		CAP / POT / OIL		COR PREDOMINANTE PRETA	
I P V A		COTA UNICA		VENC. / COTAS	
IPVA 2012 QUITADO		VENC. COTA UNICA 1*		*****	
FAIXA IPVA. 1		PARCELAMENTO / COTAS *****		3* *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO PAGO		DATA DE PAGAMENTO			
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA		OBSERVAÇÕES			
CARUARU		LOCAL		DATA 27/03/12	
		Máxia de Fátima Demerri R. Costa			
		Diretora Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT		PE Nº 9305659085		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
356.276.384-00		CPF / CNPJ		EXERCÍCIO 2012	
RUBENS DE SOUZA FREITAS		PLACA PFC4556			
CARUARU-PE		BILHETE DE SEGURO DPVAT		EXERCÍCIO 2012	
356.276.384-00		CPF / CNPJ		DATA EMISSAO 27/03/12	
PLACA 1		356.276.384-00		PLACA PFC4556	
329857177		RENAVAM		MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI	
2011		ANO FAB.		CALDEIR. 09	
9C2KXC1670BR548344		Nº CHASSI		PRÊMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$)		DENATRAM (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)		TOTAL SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)	
SEGURO PAGO		PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
COTA UNICA		PARCELADO			
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A					
CNPJ: 09.248.608/0001-04					
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.					
ELE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO.					

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210186109 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAISE ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210186109 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAISE ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 60 %	42%	R\$ 5.670,00
Total			42 %	R\$ 5.670,00



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Daine Alves dos Santos
brasileiro (a), estado civil: solteira, profissão: Rececionista
RG nº 9081768, CPF/MF nº 115.385.564-05, com
endereço residencial na Rua: Americana Faria, 113
Salgado
Barraque - PE

OUTORGADO:

Nome: Rosilene Mangarida da Silva
brasileiro (a), estado civil: solteira, RG nº 9000-356,
CPF/MF nº 029.170.884-60, com endereço residencial na
Rua: Ricardo Pilon, 332
São Francisco
Barraque - PE

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório -
DPVAT, por natureza Insalidez da Vítima
Daine Alves dos Santos CPF 115.385.564-05 e
cujo Sinistro ocorreu no dia _____.

Barraque, 12 de Julho de 2021.

Daine Alves dos Santos

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146004/21

Vítima: DAISE ALVES DOS SANTOS

CPF: 115.385.564-05

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/12/2020

Titular do CPF: DAISE ALVES DOS SANTOS

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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

DAISE ALVES DOS SANTOS : 115.385.564-05

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: 13/07/2021
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2021
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

