



01/06/2023

Número: **0044575-56.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDUARDO DA SILVA SOARES (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
134699323	01/06/2023 15:34	2883604_JUNTADA_DE_DOCS_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

PROCESSO: 00445755620238172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDUARDO DA SILVA SOARES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 31 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225



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 - 01/06/2023 15:34:32
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060115343241400000131577672>
Número do documento: 23060115343241400000131577672

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 - 01/06/2023 15:34:32
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060115343241400000131577672>
Número do documento: 23060115343241400000131577672



01/06/2023

Número: **0044575-56.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDUARDO DA SILVA SOARES (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
134699324	01/06/2023 15:34	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200390608

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 10/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDUARDO DA SILVA SOARES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

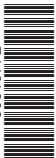
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01543/01544 - carta_25 - INVALIDEZ

00010772





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

Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200390608

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 10/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO DA SILVA SOARES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EDUARDO DA SILVA SOARES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000003217-4

Conta: 0000038222-1

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.

Atenciosamente,



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: 707.898.974-07 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

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

5 - Nome completo: EDUARDO DA SILVA SOARES 6 - CPF: 707.898.974-07
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: SI REDEMOINHO 9 - Número: 105 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CHA DE ALEGRIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55835-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99341-6388

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A.
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 99941846 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, 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 (vai 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

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, RECIFE, 27 DE OUTUBRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Eduardo da Silva Soares

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E2093000297**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/10/2020** às **11:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/5/2020** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BARBOSA LIMA SOBRINHO, 1** - Bairro: **CENTRO - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DEUSA DE SOUSA VELOSO (OUTRO)
EDUARDO DA SILVA SOARES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EDUARDO DA SILVA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSINETE MARINETE DA SILVA** Pai: **JOSUE SOARES BARBOSA** Data de Nascimento: **28/6/1999** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9881794/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA DE ALEGRIA, 105, SÍTIO REDEMOINHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DEUSA DE SOUSA VELOSO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DEUSA DE SOUSA VELOSO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO DA SILVA SOARES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ARANJA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DOH4202** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA VINHA NA MOTOCICLETA CITADA, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO NA RUA MENCIONADA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR FORTEMENTE AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O H.O.F, ATENDIMENTO NUMERO 3450778, E PRONTUARIO 1111001, CASO AFETO A DELEGACIA DE CHÃ DE ALEGRIA-PE.

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

Eduardo da Silva Soares
EDUARDO DA SILVA SOARES
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Adeilton Pereira Gomes* - Matrícula: 159741-8



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: 707.898.974-07 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

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

5 - Nome completo: EDUARDO DA SILVA SOARES 6 - CPF: 707.898.974-07
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: SI REDEMOINHO 9 - Número: 105 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CHA DE ALEGRIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55835-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99341-6388

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A.
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 99941846 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, 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 (vai 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

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, RECIFE, 27 DE OUTUBRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Eduardo da Silva Soares

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019

BANCO BRADESCO 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: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/12/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320039060803
VALOR TOTAL:	3.375,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO DA SILVA SOARES

BANCO: 237
AGÊNCIA: 03217
CONTA: 000000038222

Número da Autenticação



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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/92
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARINETE AMELIA DA SILVA CPF: 712.431.514-04	DATA DE VENCIMENTO 28/09/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/09/2020	CONTA CONTRATO 004000977859
	TOTAL A PAGAR (R\$) 91,17	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/09/2020	Nº DO CLIENTE 2001607868
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI REDEMONHO 105	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
ZONA RURAL CHA DE ALEGRIA/CHA DE ALEGRIA RURAL 55635-000 CHA DE ALEGRIA PE	RESERVADO AO FISCO 9903.33A3.1492.A049.3360.274B.3715.4AB7		

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	102,00	0,46666745	47,80
Consumo Ativo(kWh)-TE	102,00	0,36429296	37,15
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,49
ICMS Subvenção-CDE-NF 117094729-22/07/20			0,73
TOTAL DA FATURA			
91,17			

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
ICMS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
84,95	25,00	21,23
PIS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
84,95	1,06	0,90
COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
84,95	4,99	4,23

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	25,96 30,58
Transmissão	3,68 4,33
Distribuição (Celpe)	16,12 22,51
Encargos Setoriais	3,69 4,34
Tributos	26,36 31,03
Perdas de Energia	6,14 7,23
TOTAL	84,95 100

HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	kWh
0,32216090	32
0,25118090	25

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
NQ28723	CAT	20/08/2020	17.163,00	21/09/2020	17.265,09	32	1,00000	0,00	102,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/10/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	GLÓRIA DO GOIÁ	3,91	11,01	22,03	44,07
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,01	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DICRI: 16,60					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 32,96					

Todas as interrupções são registradas e a duração das interrupções DIC, FIC, DMIC e DICRI é a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO							
Pague no ponto mais perto de você! cestão menor preço: r pres joão pessoa 156 centro / mercadinho tradição: rua joão pessoa 28 centro. lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO MÁXIMO								
220	202 231								
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004000977859	09/2020	91,17	28/09/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 10/05/2020 19:49

Nome Paciente:	EDUARDO DA SILVA SOARES
Cód. Paciente:	1111001
Data de Nascimento:	28/08/1999
Sexo:	Masculino
Idade:	20
Senha:	EA0037
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3450778 
SAME:	1111001

Período: 10/05/2020 19:55 - 10/05/2020 19:56

KATIA MILENA PINTO GODOY - COREN: 104198 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: QUEDA DE MOTO. APRESENTA MSE E MID COM DOR E EDEMA.
(FRATURA?)

Observação: NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: KATIA MILENA PINTO GODOY - COREN: 104198 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/05/2020 19:56

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: EDUARDO DA SILVA SOARES
Sexo: MASCULINO
Mãe: ROSINETE MARINETE DA SILVA
Endereço: SITIO ALVORADA, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: CHA DE ALEGRIA - UF: PE
Idade: 21 Anos 3 Meses 3 Dias
CNS: 898003495952545
Contatos: 81. 85370497 | Celular: 81.
Nasc. 28/06/1999

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 10/05/2020 19:49
Prontuário: 1111001
Nº. Atendimento: 3450778
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
RENATO OLIVEIRA ALBUQUERQUE DE LIMA

Admissão

Queixa Principal

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, DOR EM CLAVÍCULA ESQUERDA E TORNOZELO DIREITO

História Clínica

AC MOTO

Exame Físico

REGIÃO CLAVICULAR ESQ: DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
REGIÃO TORNOZELO DIR: DOR E EDEMA

Observações

RX CLAVÍCULA ESQUERDA; LUXAÇÃO DA CLAVÍCULA
RX TORNOZELO DIREITO; LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E FRATURA A NÍVEL DO PÉ

Conduta

INTERNAMENTO

LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: N.º.9028

Data/Hora: 10/05/2020 - 21:43

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





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Paciente:
EDUARDO DA SILVA SOARES

Idade:
21 Anos 3 Meses 3 Dias

Prontuário
1111001

Atendimento:
3450828

Dt Atend.
11/05/2020

Receituário

SOLICITO:

1. RX DO TNZ D AP/PERFIL
2. RX DO PÉ D AP/OBLÍQUO
3. RX DA CLAVÍCULA E AP/ AP 30º CAUDAL/
AP 30º CEFÁLICO

GEORGE ROCHA FERREIRA - CRM: Nº.15896

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





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: EDUARDO DA SILVA SOARES
Sexo: MASCULINO
Mõe: ROSINETE MARINETE DA SILVA
Endereço: SITIO ALVORADA, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: CHA DE ALEGRIA - UF: PE
Idade: 21 Anos 3 Meses 3 Dias
Nasc. 28/06/1999
CNS: 898003495952545
Contatos: 81. 85370497 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 10/05/2020 19:49
Prontuário: 1111001
Nº. Atendimento: 3450778
Serviço: ORTOPEdia E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO IV-37-03

Médico:

EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA: DATA AVISO CIRURGIA: ATENDIMENTO: CÓDIGO PACIENTE:
1111001
NOME DO PACIENTE: EDUARDO DA SILVA SOARES
SITUAÇÃO CIRURGIA:
TIPO DE ANESTESIA: COM CEC: COM ROBÓTICA:
CID FINAL:
Procedimento:
Material:
DATA / HORA INICIAL: DATA / HORA FINAL:
11/05/2020 15h 11/05/2020 16h

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3) VERIFICADA LUXAÇÃO DE TORNOZELO E FRATURA DE PE DIREITO
- 4) DESBRIDAMENTO + LIMPEZA EXAUSTIVA COM SFO,9%
- 5) FIXAÇÃO DE PARAFUSOS E FIOS K
- 6) SUTURA COM NYLON 2.0, CURATIVO
- 7) BOA PERFUSÃO DISTAL
- 8) A SR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/06/2023 15:34:33
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060115343279500000131577673
Número do documento: 23060115343279500000131577673

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



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em 01/10/2020 10:01

Paciente: 1111001 - EDUARDO DA SILVA SOARES

Idade: 21 Anos 3 Meses 3 Dias

Data de Nascimento: 28/06/1999

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 3450778

Leito: TRAU 37-03 - POSTO IV Admissão: 10/05/2020 19:49

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNIÇO

EVOLUÇÃO: 840578 (FECHADO)

Responsável: THIAGO MORETH DA SILVA BARBOSA - CRM 29375 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

20/05/2020

Data/Hora do Documento:

20/05/2020 07:31

ORTOPEDIA

TTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO DE FIOS KIRSCHNER EM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDO
TTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO FIOS KIRSCHNER E DOIS PARAFUSOS EM LUXAÇÃO ARTICULAR DO
TORNOZELO E FRATURA DO PÉ DIREITO.

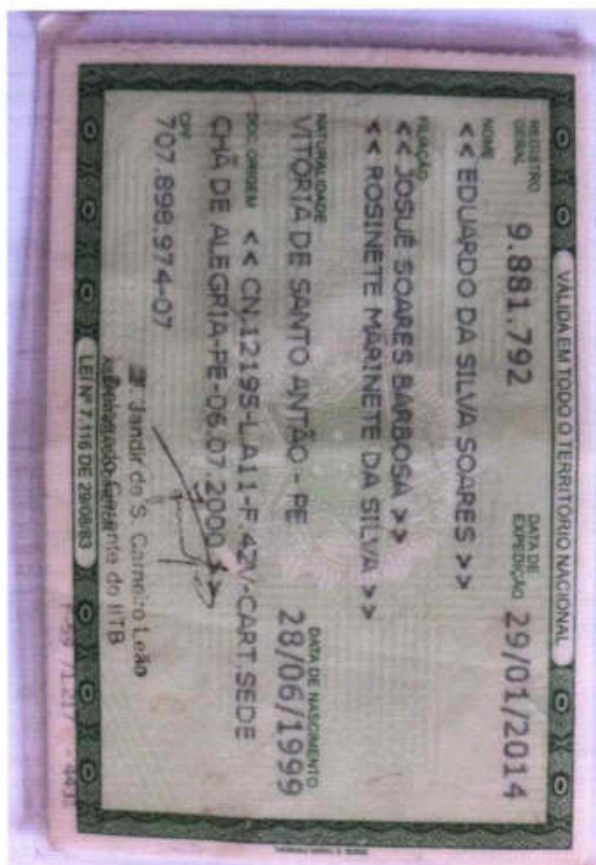
CD:

- SEGUE BEG, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO. SEGUE DE ALTA COM ORIENTAÇÕES.
ATB E RETORNO AMBULATORIAL.

THIAGO MORETH DA SILVA BARBOSA
CRM 29375

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico





LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200390608

Nome do(a) Examinado(a): EDUARDO DA SILVA SOARES

Endereço do(a) Examinado(a): SI REDEMOINHO, 105, , Chã de Alegria/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDSPE / 9881794

Data e local do acidente: 10/05/2020 - Chã de Alegria/PE

Data e local do exame: 19/11/2020 - /PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Luxação acrômio clavicular esquerda. Luxação da articulação do tornozelo direito. Fratura do pé direito.

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

Tratamento cirurgico com fio K, parafusos. Fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta ortopédica.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 130°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

limitação de grau medio do ombro esquerdo, limitação de grau medio do membro inferior direito, com bloqueio articular.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)



() "Vítima em tratamento"

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Ombro Esquerdo - Médio - 50%

Membro Inferior Direto - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



ANTONIO YVES
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRMPE 11733



LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200390608

Nome do(a) Examinado(a): EDUARDO DA SILVA SOARES

Endereço do(a) Examinado(a): SI REDEMOINHO, 105, , Chã de Alegria/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDSPE / 9881794

Data e local do acidente: 10/05/2020 - Chã de Alegria/PE

Data e local do exame: 19/11/2020 - /PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Luxação acrómio clavicular esquerda. Luxação da articulação do tornozelo direito. Fratura do pé direito.

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

Tratamento cirurgico com fio K, parafusos. Fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta ortopédica.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 130°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

limitação de grau medio do ombro esquerdo, limitação de grau medio do membro inferior direito, com bloqueio articular.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)



() "Vítima em tratamento"

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Ombro Esquerdo - Médio - 50%

Membro Inferior Direto - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



ANTONIO YVES
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
C-REMPPE 11733



GRS: <http://www.greengrowthinstitute.org.uk/section.cfm?id=10>

Radical design

Radical design

MAIL

The following are some of the most common types of errors found in the literature:

Downloaded from <http://ajphaphysiol.org/> at UNIV OF CALIF SAN DIEGO on June 11, 2015

© 2000 Blackwell Science Ltd

CONSTITUTION OF THE REPUBLIC OF CHINA OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA

ONLY THE BEST OF THE BEST ARE CHOSEN TO BE PART OF THE CROWN

ONS: <http://www.ons.gov.uk>, Queen's University Belfast, 2009. URL: <http://www.ons.gov.uk>

VALUING THE WOODS NEZACHO

VALORES DE MODIFICADO

- INVALIDIZ FORMALMENTE - ATÉ R\$ 1.150,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A CATEGORIA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI Nº 194/74.

- DESPESAS MÉDICAS (DADOS) - REEMBOLSOS ATÉ R\$ 2.700,00 (PREHENSIVOS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVAT.SECURIDADENORMAS.FU.COM.BR OU LIGAR
04575 546 0947 0800 022 1204

FORNITORE DI DOCUMENTAZIONE INFORMATICA

10

Edvardo da Silva Soares

Num. 134699324 - Pág. 21

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390608 **Cidade:** Chã de Alegria **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 10/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrómio clavicular esquerda. Luxação da articulação do tornozelo direito. Fratura do pé direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 130°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com limpeza mecânica e desbridamento, com fixação da luxação do tornozelo e da fratura do pé direito com uso de parafusos e fios de Kirschner. Submetido a tratamento cirúrgico com redução da luxação clavicular esquerda com uso de fios de Kirschner. Fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta ortopédica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau moderado. Limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO TORNOZELO DIREITO.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390608

Cidade: Chã de Alegria

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

Data do acidente: 10/05/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular esquerda. Luxação da articulação do tornozelo direito. Fratura do pé direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 130°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com limpeza mecânica e desbridamento, com fixação da luxação do tornozelo e da fratura do pé direito com uso de parafusos e fios de Kirschner. Submetido a tratamento cirúrgico com redução da luxação clavicular esquerda com uso de fios de Kirschner. Fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta ortopédica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau moderado. Limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO TORNOZELO DIREITO.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390608

Cidade: Chã de Alegria

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

Data do acidente: 10/05/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular esquerda. Luxação da articulação do tornozelo direito. Fratura do pé direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 130°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com limpeza mecânica e desbridamento, com fixação da luxação do tornozelo e da fratura do pé direito com uso de parafusos e fios de Kirschner. Submetido a tratamento cirúrgico com redução da luxação clavicular esquerda com uso de fios de Kirschner. Fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta ortopédica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau moderado. Limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO TORNOZELO DIREITO.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390608 **Cidade:** Chã de Alegria **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 10/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA CLAVÍCULA ESQUERDA (PG 3)
LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO (PG 3)
FRATURA DO PÉ DIREITO - SEGMENTO ÓSSEO NÃO INFORMADO (PG 5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM PG 1
PG 5 - CIRURGIA
SUGIRO AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL PARA ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390608 **Cidade:** Chã de Alegria **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 10/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA CLAVÍCULA ESQUERDA (PG 3)
LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO (PG 3)
FRATURA DO PÉ DIREITO - SEGMENTO ÓSSEO NÃO INFORMADO (PG 5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM PG 1
PG 5 - CIRURGIA
SUGIRO AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL PARA ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310103/20

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

CPF: 707.898.974-07

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 10/05/2020

Titular do CPF: EDUARDO DA SILVA SOARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO DA SILVA SOARES : 707.898.974-07

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: 30/10/2020
Nome: EDUARDO DA SILVA SOARES
CPF: 707.898.974-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

EDUARDO DA SILVA SOARES

RAIANNE SILVA BARBOSA



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: 707.898.974-07 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

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

5 - Nome completo: EDUARDO DA SILVA SOARES 6 - CPF: 707.898.974-07
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: SI REDMOINHO 9 - Número: 105 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CHA DE ALEGRIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55835-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 99141-6388

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3217 CONTA: 38222 AGÊNCIA: CONTA:

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 (vai 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 ou representante

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, RECIFE 35 DE DEZEMBRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019

