

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

RODRIGO FERREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

6552894 SDS PE

CPF

067.164.894-28

DATA NASCIMENTO

27/10/1987

FILIAÇÃO

VERINALDO FERREIRA DA
SILVA
ELIZABETH FERREIRA DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

04477023944

VALIDADE

23/10/2023

1ª HABILITAÇÃO

10/10/2008

OBSERVAÇÕES

Rodrigo Ferreira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CARUARU, PE

DATA EMISSÃO

24/10/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

65804528483
PE088671810

PERNAMBUCO

DENATRAN

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1683772613

PROIBIDO PLASTIFICAR

1683772613

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014488200474

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

COD. RENAVAM

R.M.T.G.

EXERCÍCIO

1

1085273412

2019

NOME

RODRIGO FERREIRA DA SILVA

CARUARU-PE

CPF / CNPJ

067.164.894-28

PLACA

PDE0124

PLACA ANT. / UF

***** / PE

CHASSI

9C2ED0810FR485578

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 PROS BSD

ANO FAB

2015

ANO MOD

2015

CAP / POT / CIL

2P/162CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

I
P
V
A

FAIXA I.P.V.A

1

PARCELAMENTO / COTAS

1*

2*

3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

01/02/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CARUARU

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA

05/02/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567614

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 27/11/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DO ARCO DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR DO OMBRO ESQUERDO (120 GRAUS ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO)

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO COMPLETA, NAO HOUVE NOVAS LUXAÇÕES. LESAO CRONICA DE HILL-SACHS NA CABEÇA UMERAL COM INSTABILIDADE CRONICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567614 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR -ALTA.
P. 1 (ANEXO I - P. 1,3,4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X / VÍTIMA COM 31 ANOS / EXAME DE IMAGEM (ANEXO I - P. 5).
@ - P. 1 - APRESENTADO RELATÓRIO MÉDICO INDICANDO DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567614 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR -ALTA.
P. 1 (ANEXO I - P. 1,3,4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X / VÍTIMA COM 31 ANOS / EXAME DE IMAGEM (ANEXO I - P. 5).
@ - P. 1 - APRESENTADO RELATÓRIO MÉDICO INDICANDO DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567614

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 27/11/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DO ARCO DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR DO OMBRO ESQUERDO (120 GRAUS ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO)

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO COMPLETA, NAO HOUVE NOVAS LUXAÇÕES. LESAO CRONICA DE HILL-SACHS NA CABEÇA UMERAL COM INSTABILIDADE CRONICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567614

Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190567614 Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO FERREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567614

Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567614

Vítima: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODRIGO FERREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **RODRIGO FERREIRA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001890**

Conta: **000007183-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 067.164.894-28 Nome completo da vítima: RODRIGO FERNANDES DA SILVA

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

Nome completo: RODRIGO FERNANDES DA SILVA CPF: 067.164.894-28

Profissão: Advogado Endereço: 3ª Trav. Adélia Leal Número: 01 Complemento: AP. 20

Bairro: Vassoural Cidade: Araruama Estado: PR CEP: 55200-000

E-mail: rwv@vassoural.com.br Tel. (DDD): (11) 99304-6299

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: 1890 CONTA: 7183 (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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 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 de 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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.

Local e Data: Araruama (PR), 03/10/2019.
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
x Rodrigo Fernandes da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 6143 9847

6277

VÁLIDO ATÉ

10/24

RODRIGO FERREIRA DA SILVA

1890 013 00007183-2

elo

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190567614
Nome do(a) Examinado(a): Rodrigo Ferreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Tv 3 Adelia Leal01, S/N Ap 20
Vassoural Caruaru PE CEP: 55030-410
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6552894
Data local do acidente: [27/11/2018]
Data local do exame: [04/11/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA E FISIOTERAPIA.
Complicações: INSTABILIDADE RESIDUAL POR LESÃO DE HILL-SACHS DA CABEÇA UMERAL.
Data da Alta: 27/11/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DO ARCO DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR DO OMBRO ESQUERDO (120 GRAUS ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO)
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL LEVE AO OMBRO ESQUERDO.
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 o 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001008

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/10/2019 às 15:28

Complementado pelo BO Número: 19E0154001011

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 27/11/2018 às 12:00

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE RODRIGUES DA SILVA, 1 - Bairro: MAURICIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

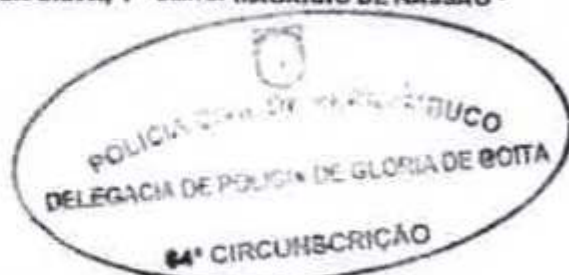
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR) AGENTE
R.F.D.S. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **R.F.D.S. (Menor de Idade)**



Qualificação do(s) pessoa(s) envolvida(s)

R.F.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELIZABETH FERREIRA DA SILVA
Pai: **VERINALDO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **27/10/2018** Nacionalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6652894/SDS/PE (RG) 06716489428 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **FISCAL**
Endereço Residencial: **3ª TRAVESSA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 1, APTº 20, VASSOURAL - CARUARU-PE - CEP: 0 - Bairro: PETROPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **R.F.D.S. (Menor de Idade)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDE0124 (PERNAMBUCO/CARUARU)** Chassi: **9C2KD0810FR485578**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/CASOL**

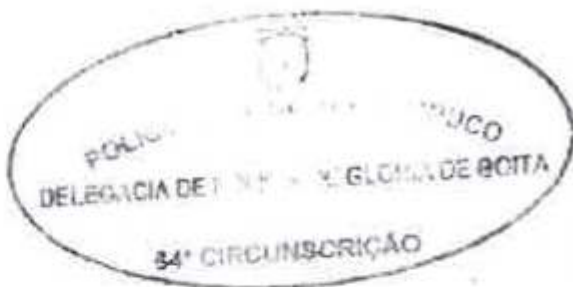
Complemento / Observação

A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA AO TRABALHO, QUANDO NA SITUADA AV. PRÓXIMO A MOTORAC, CHOVIA E ELE DERRAPOU NA PISTA VINDO A QUEDA. SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA DE CARUARU-PE, TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

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

Rodrigo Ferreira da Silva
RODRIGO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Severino Evaldo do Nascimento* - Matrícula: 159.816-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DIAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 067.164.894-28 Nome completo da vítima: RODRIGO FERNANDES DA SILVA
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: RODRIGO FERNANDES DA SILVA CPF: 067.164.894-28
 Profissão: Advogado Endereço: 3ª TRAV. ADÉLIA LEAL Número: 01 Complemento: AP. 20
 Bairro: VASSOURAS Cidade: ESMERALDA Estado: PG CEP: 55200-000
 E-mail: RODRIGO Tel. (DDD): (71) 99304-6299

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1890
(informar o dígito se existir)

CONTA: 7183 2
(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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 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 de 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Invenção: _____ Local e Data: ESMERALDA (PG), 03/10/2019.
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X Rodrigo Fernandes da Silva

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GOV. DO ESTADO
IMIP
HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Atendimento: 01180061

Data Nascimento: 27/10/1987 Idade: 31 Anos, 1 Mês e 0 Dia

Prontuário: 00009639

Sexo: Masculino

História Atual:

REFERE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

Exame Físico:

DEFORMIDADE NO OMBRO ESQUERDO

Exames Complementares/Resultados:

RX. DO OMBRO ESQUERDO

Hipóteses Diagnósticas:

LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

Conduta:

ENCAMINHADO AO HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MEDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

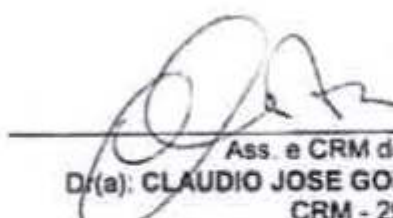
43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

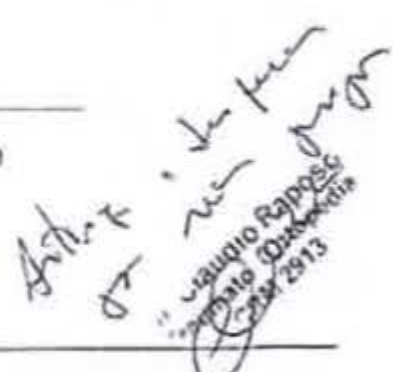
ENCAMINHADO AO HRA

Data: 27 DE NOVEMBRO DE 2018

Hora: 12:44


Ass. e CRM do Médico
Dr(a): CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM - 2913

Dr. Claudio Raposo
Traumato. Ortopedia
CRM 2913


Dr. Claudio Raposo
Traumato. Ortopedia
CRM 2913

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01890

CONTA: 000000007183-2

Nr. da Autenticação 9C8F090978E5B8AC



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética 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

DADOS DO CLIENTE

JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO FILHO

CPF: 446 221.804-30

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 3 ADELIA LEAL 1 AP-20

VASSOURAL/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
075908179	ÚNICA	04/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REVISÃO
04/09/2019	2002845463	5002507

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7000032527	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
11/09/2019	07/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
64,42	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	71,0000000	0,77952320	55,34
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
ICMS Subvenção-CDE-NF 084372394-04/08/19			0,58



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE
IMIP
HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: RODRIGO FERREIRA DA SILVA
Data Nascimento: 27/10/1987 Idade: 31 Anos, 1 Mês e 0 Dia
Sexo: Masculino

Atendimento: 01180051
Prontuário: 00009339

História Atual:
REFERE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

Exame Físico:
DEFORMIDADE NO OMBRO ESQUERDO

Exames Complementares/Resultados:
RX. DO OMBRO ESQUERDO

Hipóteses Diagnósticas:
LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

Conduta:
ENCAMINHADO AO HRA

SENHA: ☐ COM ACOMPANHAMENTO MEDICO: ☒ SIM ☐ NÃO

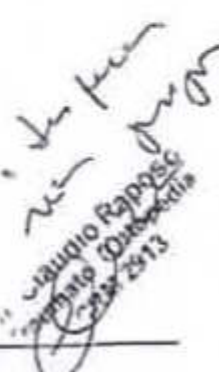
Transferido / Encaminhado para:
43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:
ENCAMINHADO AO HRA

Data: 27 DE NOVEMBRO DE 2018
Hora: 12:44


Ass. e CRM do Médico
D(a): CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM - 2913

Dr. Claudio Raposo
Traumato. Ortopedi.
CRM 2913


Dr. Claudio Raposo
Traumato. Ortopedi.
CRM 2913



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

Nome: **RODRIGO FERREIRA DA SILVA**

Atendimento: 01180061

Data Nascimento: 27/10/1987 Idade: 31 Anos, 1 Mês e 0 Dia

Prontuário: 00009639

ALTA DOMICÍLIO: ☐

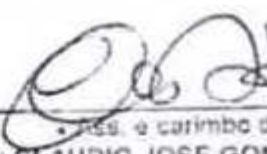
ALTA TRANSFERÊNCIA: ☒


ALTA AMBULATÓRIO: ☐

RETORNO: ☐ DIAS

ALTA ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM O ORTOPEDISTA
DO MUNICÍPIO DE ORIGEM: ☐

Caruaru, 27 DE NOVEMBRO DE 2018
Hora: 12:43


Ass. e carimbo do Médico
Dr.(a) **CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO**
CRM - 2913

Alto
ou não

Dr. Claudio Raposo
Traumato Ortopedia
CRM 2913



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 465426

Prontuário: 329596

Nome: RODRIGO FERREIRA DA SILVA

Data Nasc.: 27/10/1987

Idade: 31

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 06716489428

RG: 6552894

CNS: 160761026170005

Endereço: 2 TRAV PIO X

Nº: 67

Bairro: PETROPOLIS

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55024000

Fone: 997952048

Profissão: SEGURANÇA

Nome da Mãe: ELIZABETH FERREIRA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

VOLUNTARIADO

2 - ATENDIMENTO

Data: 27/11/2018 12:57

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Dor em Ombro (E) -

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Dagone (+)

Diag. Provisório:

Luxação do Ombro E

27.11.18

RX Ombro (AP e oblíquas / Perfil trapézio)

Controle

Dr. Oberdan Ribeiro
Cirurgião de Mão
CRM-PE 20644

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Redução Cirúrgica, S/ intercorrências

RX Controle - OK

Tipo: Alta Hospitalar



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste 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:

luxação ombro E

Destino do Paciente

☒ Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: *22* / *11* / *18* Hora: _____ Médico: _____ CRM: *22624*



Diagnóstico por Imagem

Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada Multi Slice
Ultrassonografia com Doppler Colorido
Densitometria Óssea
Radiologia Digital

Paciente _____: 522075-Rodrigo Ferreira Da Silva

Data _____: 17/12/2018

Nº Laudo _____: 12211401

Dat. Nasc. _____: 27/10/1987

Exame: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OMBRO ESQUERDO

TÉCNICAS DE EXAME:

Plano axial T₁
Plano coronal, SPIR.
Plano axial SPIR
Plano sagital SPIR

COMENTÁRIOS:

Leve derrame intra-articular glenohumeral.

Observa-se fratura compressiva associada edema ósseo medular envolvendo o segmento pósterolateral da cabeça umeral, sugerindo lesão de Hill-Sachs. Correlacionar com antecedentes do paciente.

Associadamente nota-se irregularidade e redução do volume do lábio anterior da glenóide.

Relações articulares mantidas.

Tendões supra-espinhal, redondo menor, subescapular e infra-espinhal, sem alterações anatómicas.

O tendão da cabeça longa do biceps tem calibre trajeto usual notando-se pequena fissura intra-substancial.

Leve distensão líquida bursa subacromial / subcutânea sugerindo bursite.

O acrômio é do tipo I de Bigliani.

Não há sinais de componente atrófico nos grupamentos musculares avaliados.

Articulação acrômio-clavicular de aspecto anatómico.

Não definimos coleções.

Dr Leonardo Lopes CRM PE - 13362

Rua Guilherme Pinto 100 | Górgens - Recife/PE
CEP 52.011-210 | Fone: (81) 3445.1220

Serviço de Imagens Radiográficas do Recife

www.sirdiagnostico.com.br

Scanned by CamScanner

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 27/11/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 27/11/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Rodrigo Ferreira da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Luxação do ombro esquerdo	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratamento conservador Até 27/11/18	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
DESEJO AVALIAR PARA SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar a segmentação ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Perda parcial dos movimentos
2ª e mínimos movimentos de supinação
3ª em 50% - Perda de Rotação 50% Tanto
4ª interna como externa em arco de movimento
5ª em função do dor

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>Setembro</u> A <u>Outubro</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS. Local: <u>Corumbá</u> DATA: <u>5/10/19</u>	Dr. Victor Cristóvão Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 22884 ASSINATURA E CARIMBO
---	---