

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 08R-56

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TÍTULOS

10

RETO

Assinatura do Titular

Jorge Luiz Santos Barbosa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.951.245 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/05/2014

NOME << JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA >>

FILIAÇÃO << LUCIANO DA SILVA BARBOSA >>
<< SUZETE SANTOS DA SILVA BARBOSA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SURUBIM - PE 05/02/1997

DOC ORIGEM << 0766790155 1997 1 00024 242
0029065 21 SURUBIM-PE >>

CNPJ 118.252.464-83

Assinatura do Titular

LEI Nº 5.116 DE 28/08/65

F-61 31.241 - 3013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CIRCULAR NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1298961667	NOME JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA
	DOC. IDENTIFIC. (CNPJ, RG, CPF) 9951248 RJG PR
	CPF 118.252.464-83
	DATA DO NASCIMENTO 05/02/1997
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1298961667	FUNÇÃO LOUCIANO DA SILVA BARBOSA SUZETE SANTOS DA SILVA BARBOSA
	SEXO MASCULINO
	AC AS
	DATA DO EXPIRAR 30/03/2020
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1298961667	N.º DE IDENTIFICAÇÃO 06276794632
	DATA DO EXPIRAR 30/03/2020
	DATA DO EXPIRAR 37/05/2025
	DATA DO EXPIRAR 37/05/2025
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1298961667	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÕES
	ASSINATURA DO TITULAR <i>Jorge Santos Barbosa</i>
	DATA DO EXPIRAR 02/06/2016
	DATA DO EXPIRAR 02/06/2016
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1298961667	LOCAL SURUBIM - PR
	DATA DO EXPIRAR 02/06/2016
	DATA DO EXPIRAR 02/06/2016
	DATA DO EXPIRAR 02/06/2016
DETRAN - PR (PERNAMBUCO)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DETRAN - PE Nº 014487257359
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 893593222 R.N.R.C. 2019

NOME
JURGE LUIZ SANTOS BARBOSA
SURUBIM-PE

PLACA 118.252-464-8344 KKD8344

CHASSI 9C2KCB507R002309

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CC 150 TITAN ES

ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

CAP. POT. / CL 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA 2019 QUITADO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.115

DATA DE PAGAMENTO 25/01/19

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA TO DE PORTE OBRIGATORIO

DATA 28/01/19

DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 014487257359 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JURGE LUIZ SANTOS BARBOSA
RUA SETE DE SETEMBRO 460 55750-00
CS CENTRO EUROBIN-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/01/19

VIA 1 CPF / CNPJ 118.252.464-83 PLACA KKD8344

RENAVAM B93593222 MARCA / MODELO HONDA/CC 150 TITAN ES

ANO FAB. 2006 DATA 09 CHASSI 9C2KCB507R002309

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 25/01/19

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431085/19

Vítima: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

CPF: 118.252.464-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2019

Titular do CPF: JORGE LUIZ SANTOS
BARBOSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA : 118.252.464-83

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: 03/12/2019
Nome: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA
CPF: 118.252.464-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Jorge Luiz Santos Barbosa

DATA DO ACIDENTE 17/09/19 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 118.252.464-83

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Jorge Luiz Santos Barbosa

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 118.252.464-83

E-mail: clayda.marques@yahoo.com.br Tel: 081-9973-2863

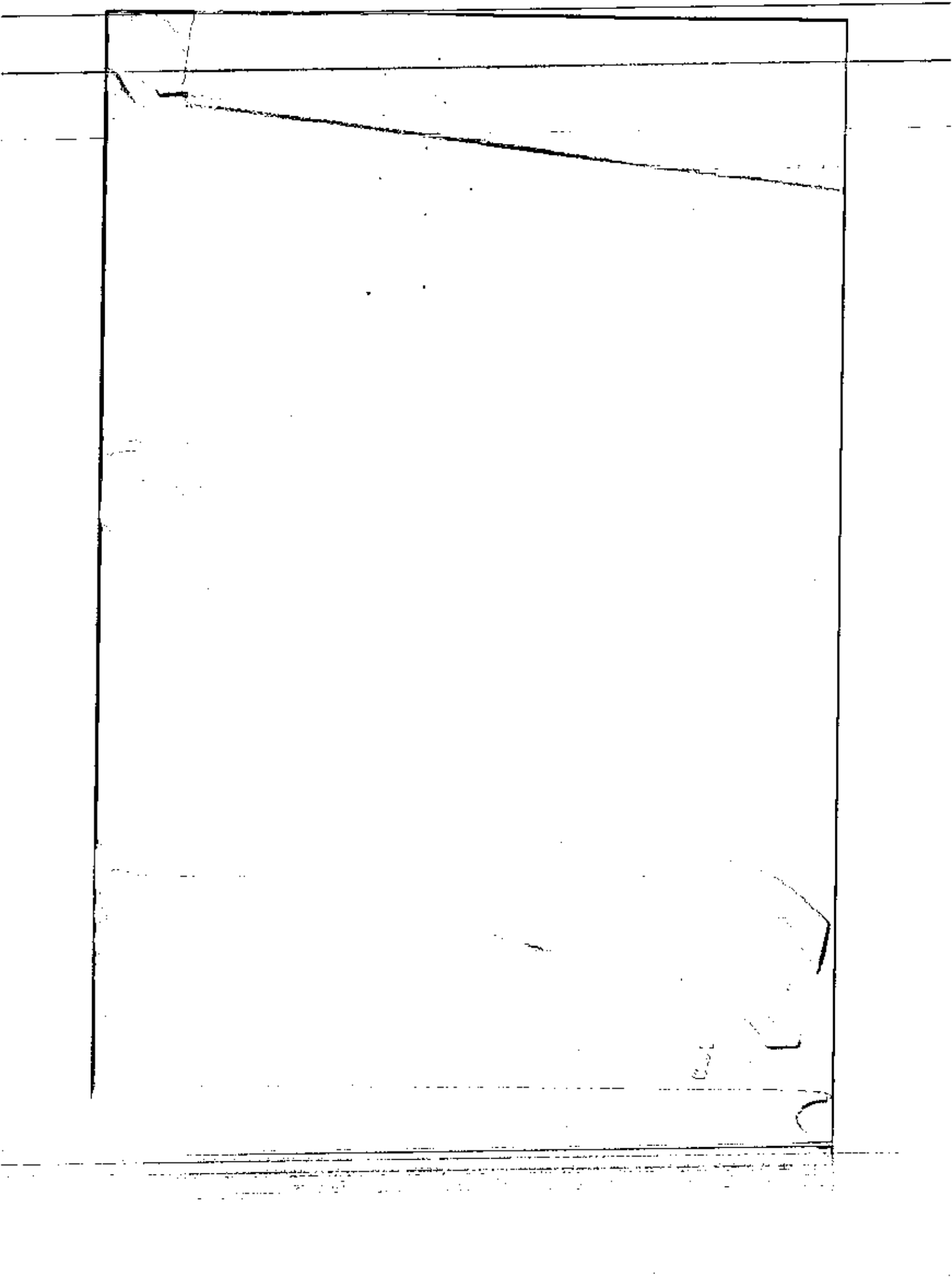
Data: 22/11/2019 Assinatura: Jorge Luiz Santos Barbosa

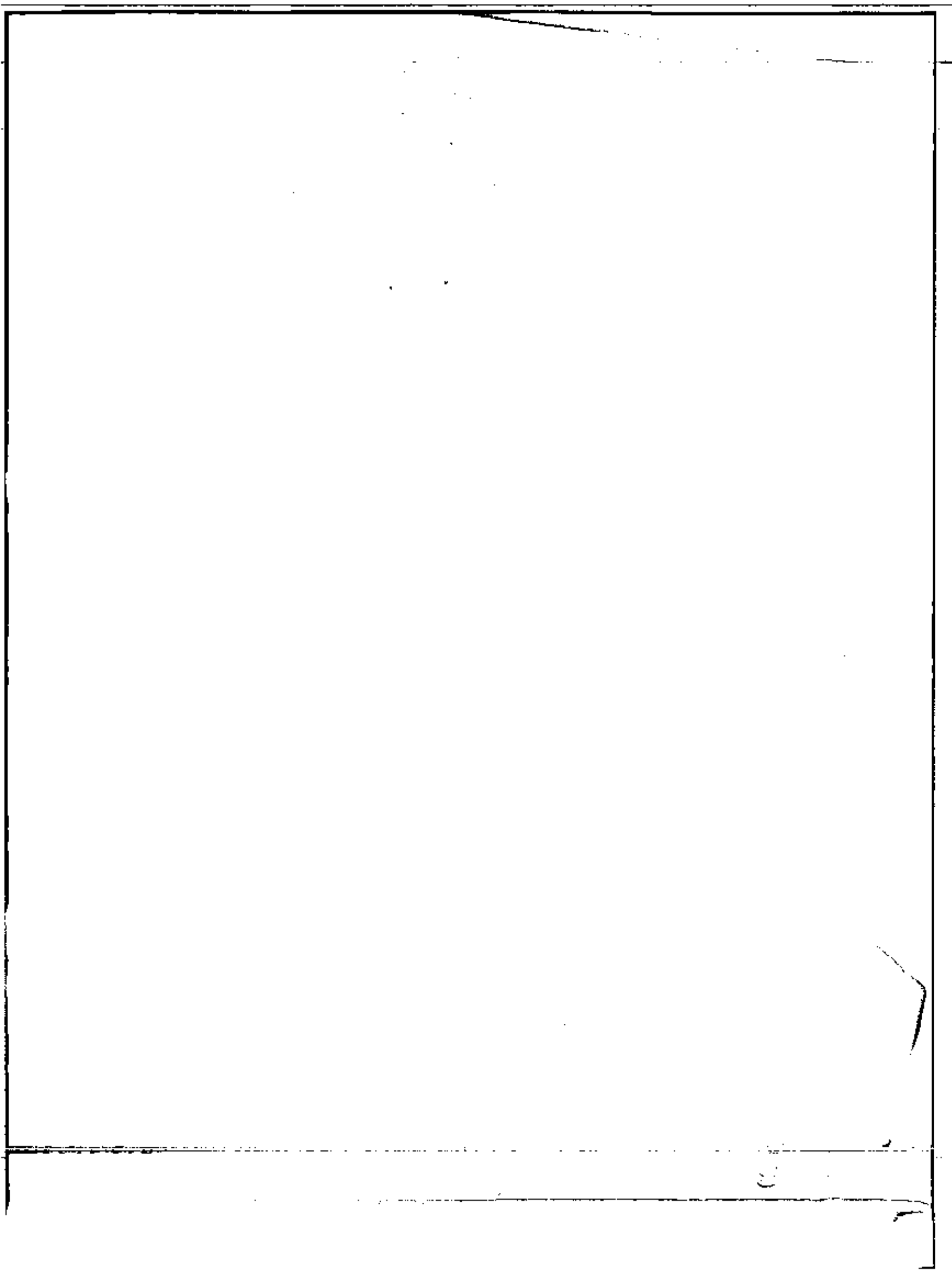
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): AC Bom Jardim

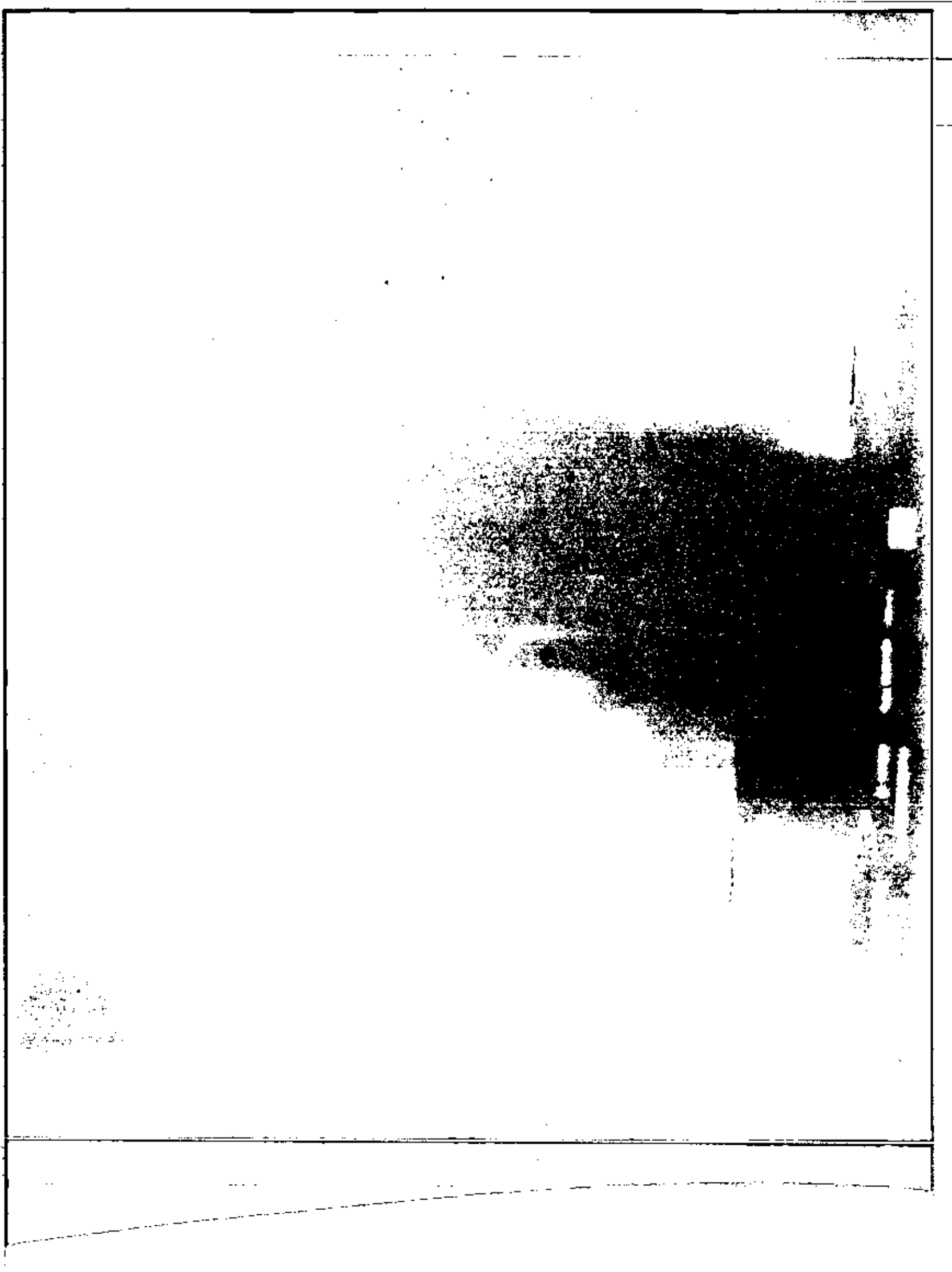
Atendente: JOSE CLAUDE AGUIAR Matrícula: 5501387

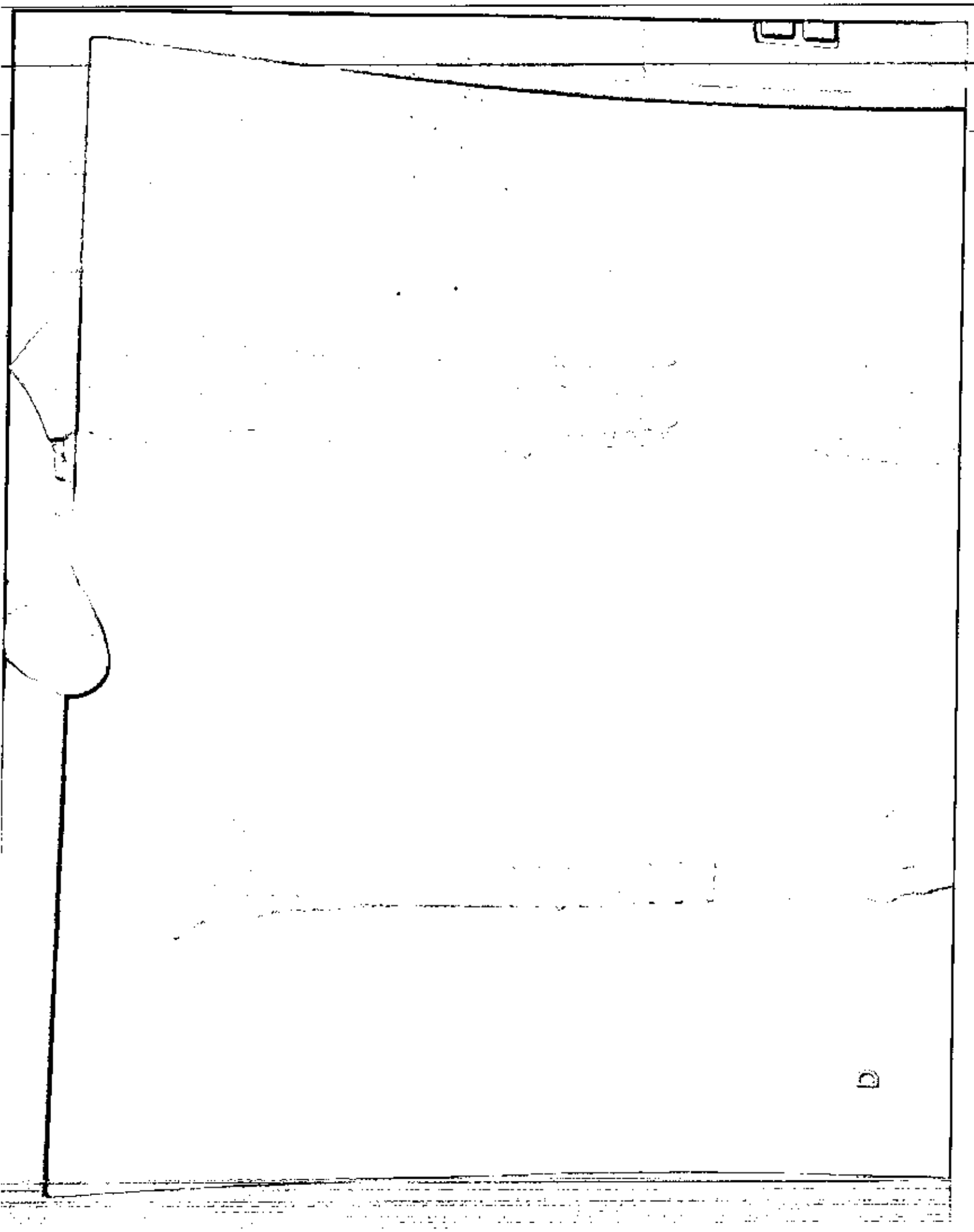
Data: 22/11/19 Assinatura: [Assinatura]

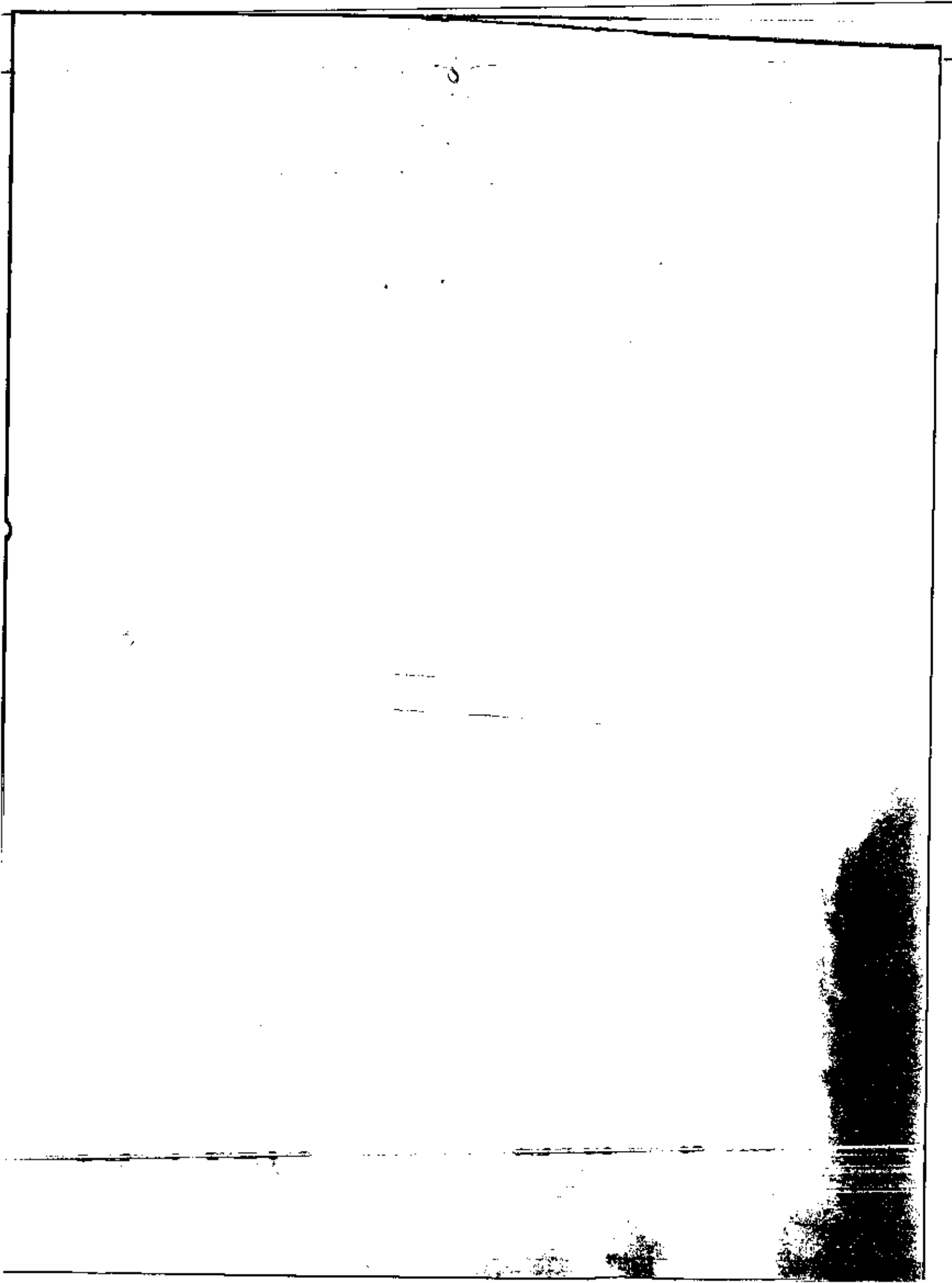


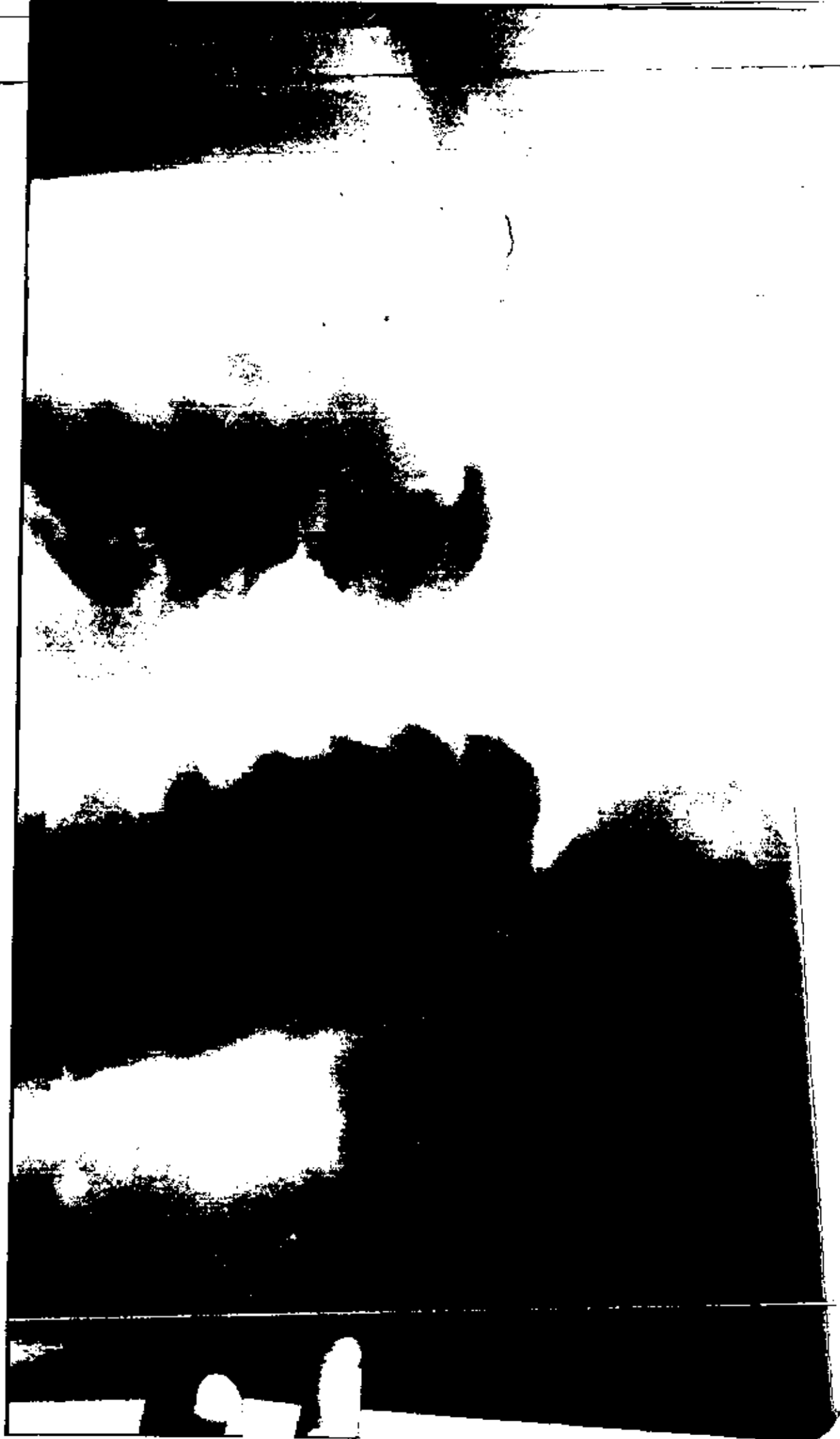


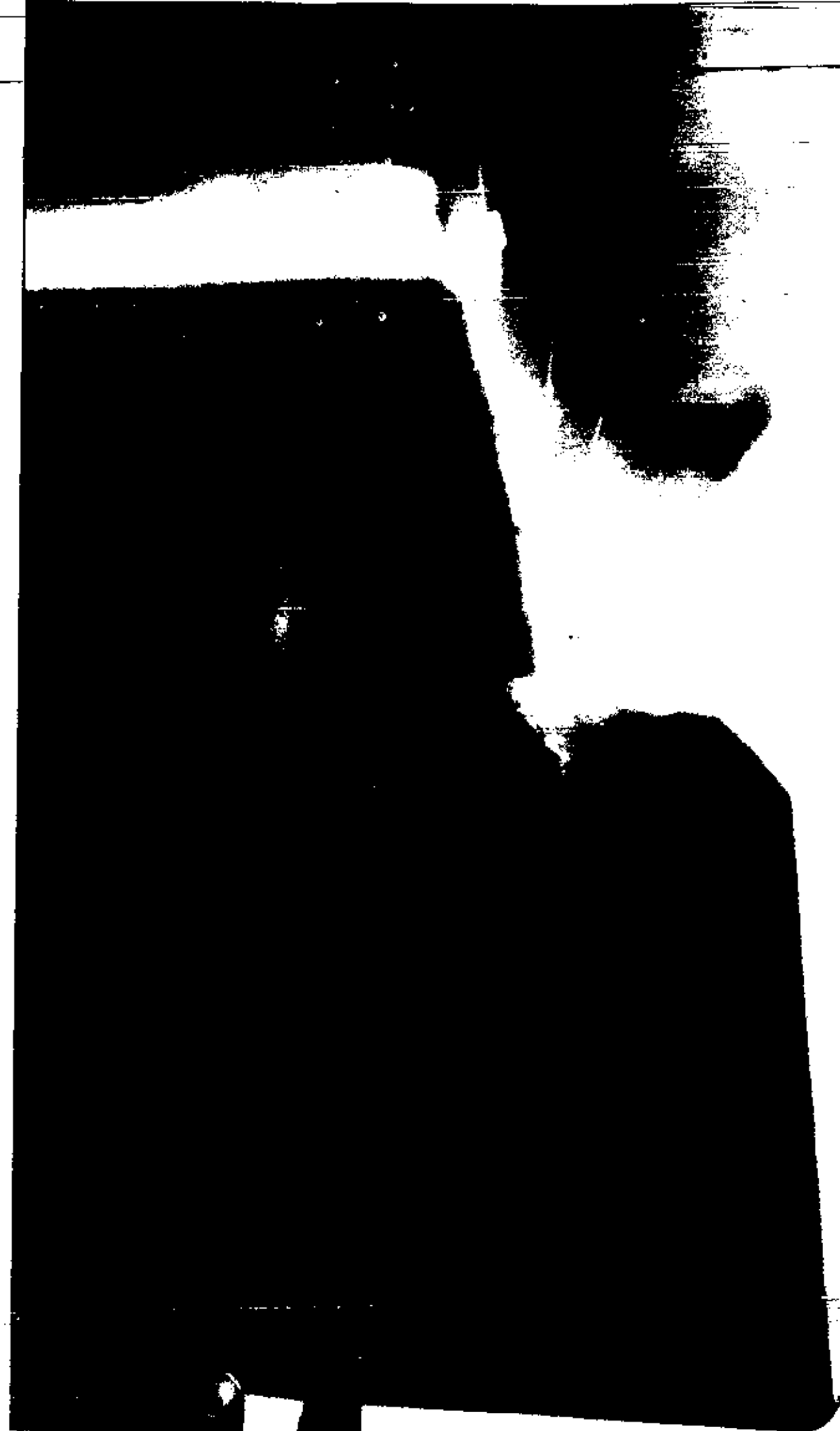


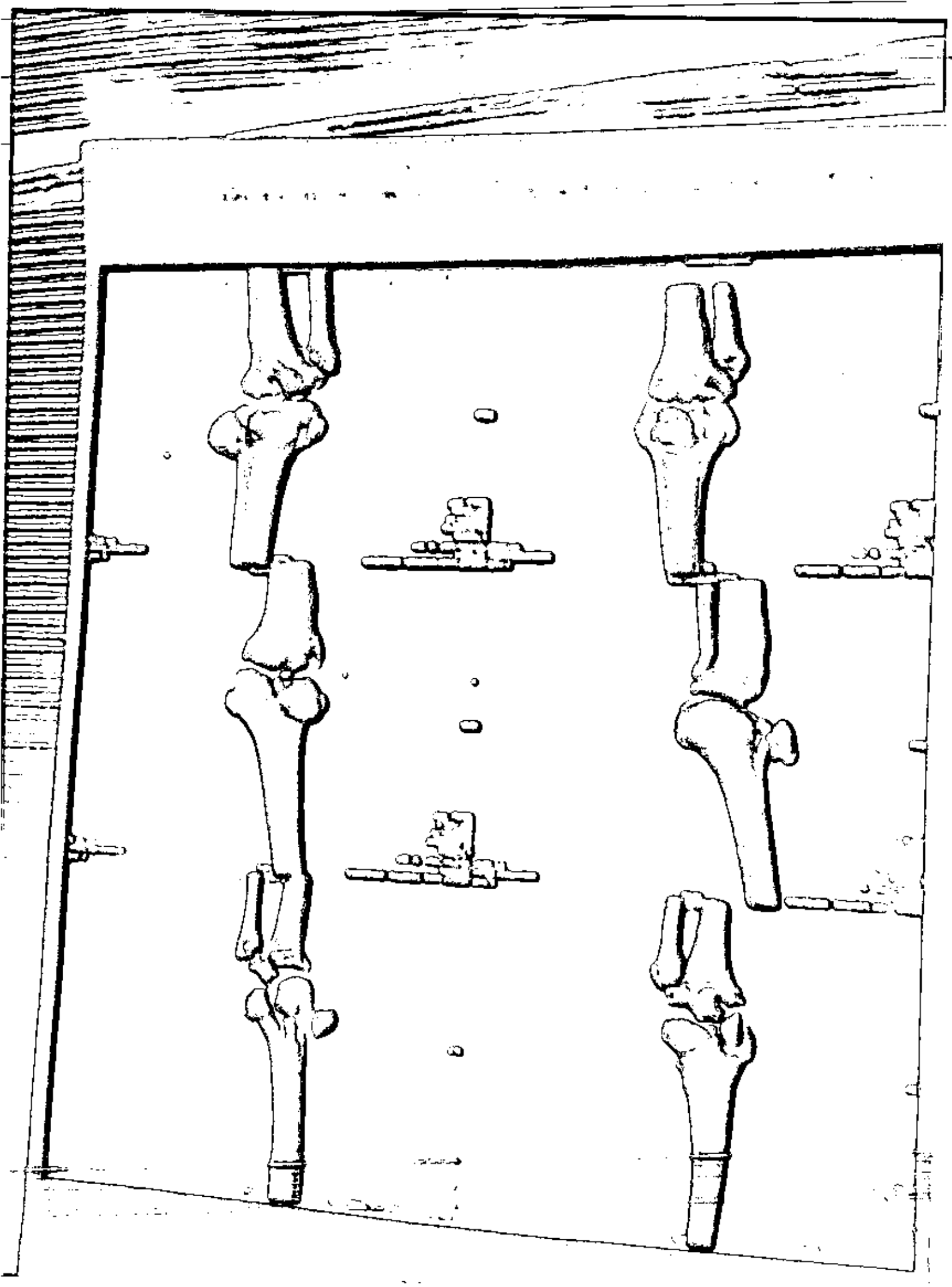












PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190674801 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA **Data do acidente:** 17/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO, FERIMENTO EXTENSO NO JOELHO DIREITO E FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Descrição do exame físico: EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E JOELHO DIREITO PRESERVADOS. LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO QUADRIL DIREITO (REALIZA APROX 20 GRAUS) COM DEFICT DE FORÇA ASSOCIADO (GRAU III).

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS DO ANTEBRAÇO COM EXCELENTE ALINHAMENTO ANATOMICO E CICATRIZAÇÃO DO FERIMENTO. DEFICT FUNCIONAL EVIDENTE DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190674801 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA **Data do acidente:** 17/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO, FERIMENTO EXTENSO NO JOELHO DIREITO E FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Descrição do exame físico: EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E JOELHO DIREITO PRESERVADOS. LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSAO E ROTAÇÃO DO QUADRIL DIREITO (REALIZA APROX 20 GRAUS) COM DEFICT DE FORÇA ASSOCIADO (GRAU III).

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS DO ANTEBRAÇO COM EXCELENTE ALINHAMENTO ANATOMICO E CICATRIZAÇÃO DO FERIMENTO. DEFICT FUNCIONAL EVIDENTE DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190674801 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA **Data do acidente:** 17/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO E ULNA DIREITA
LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: XSOLICITADA 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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190674801 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA **Data do acidente:** 17/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO E ULNA DIREITA
LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: XSOLICITADA 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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431085/19

Vítima: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

CPF: 118.252.464-83

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/09/2019

Titular do CPF: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA : 118.252.464-83

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: 03/12/2019
Nome: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA
CPF: 118.252.464-83

JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674801

Vítima: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674801

Vítima: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674801

Vítima: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001295**

Conta: **0000029398-9**

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



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

118.252.464-83

Jorge Luiz Santos Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (204)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1295

CONTA:

29398

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 o Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

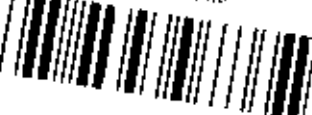
☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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 5.194/74, 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.

Autorização de pagamento:



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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Bom jardim, 20/11/2019

Nome:

Jorge Luiz Santos Barbosa

CPF:

118.252.464-83

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Jorge Luiz Santos Barbosa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.



conta pouança

**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: 3190674801
Nome do(a) Examinado(a): Jorge Luiz Santos Barbosa
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Lagoa de Negro, S/N
Rural Bom Jardim PE CEP: 55730-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9951245
Data local do acidente: [17/09/2019]
Data local do exame: [23/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO, FERIMENTO EXTENSO NO JOELHO DIREITO E FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DO QUADRIL, LIMPEZA E SUTURA DA LESÃO DE PARTES MOLES DO JOELHO DIREITO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: LESÃO CONDIL DO QUADRIL DIREITO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E JOELHO DIREITO PRESERVADOS. LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSAO E ROTAÇÃO DO QUADRIL DIREITO (REALIZA APROX 20 GRAUS) COM DEFICIT DE FORÇA ASSOCIADO (GRAU III).
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (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 IMPORTANTE AO QUADRIL DIREITO.
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 sequela 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):
QUADRIL - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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> <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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



I



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ª CIRC
DINTER1/16ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002227**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/09/2019 às 21:06**

Complementado pelo BO Número: **19E0206002236**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/8/2019 às 19:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 90 KM 64, 1 - Bairro: PE 90 - SURUBIM/PERNAMBUCO / BRASIL** - Ponto de Referência: **APÓS O POSTO MARACAJÁ**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
DESCONHECIDO 01 (VÍTIMA)
DESCONHECIDO 02 (VÍTIMA)

Boletim de ocorrência



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 01**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA**

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

JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA** Data de Nascimento: **15/1/1954** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1621688/SSP/PE (RG), 61354872487 (CPF), 00963214017 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 81999128828**

Endereço Residencial: **RUA ERALDO QUEIROS LEITE, 89 - CEP: 55750000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO 01 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO 02 (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **Não**

Jorge Luiz Santos Baptista

Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **KJH7745** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **927851830** Chassi: **9BD17140A85028150**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO 01**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO 01

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **ROXA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **KKD8344** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **893693222** Chassi: **9C2KC08507R002308**
Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **VEÍCULO LICENCIADO EM NOME DE JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA, RESIDENTE NA RUA SETE DE SETEMBRO, 460, CENTRO, SURUBIM-PE.**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA, NOTICIANDO QUE HOJE DIA 17/09/20219, POR VOLTA DAS 19:00 HORAS DIRIGIA O VEÍCULO FIAT/PALIOELX.FLEX, COR PRATA, ANO/MOD 2007/2008, PLACA KJH-7745-PE NA AV. SENADOR PAULO PESSOA GUERRA, RODOVIA PE 90, NESTA CIDADE, SENTIDO SURUBIM/RECIFE E NO MESMO SENTIDO TRAFEGAVA LOGO ATRÁS A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ES, COR VERMELHA, PLACA KKD-8344-PE, DIRIGIDO POR PESSOA DESCONHECIDA, QUE O MESMO AO FAZER UMA CONVERSÃO A ESQUERDA, APÓS LIGA A SETA E FAZER SINAL DE ENTRADA COM A MÃO, A MOTOCICLETA QUE VINHA LOGO ATRÁS ACABOU COLIDINDO COM O LADO ESQUERDO DO VEÍCULO CAUSANDO DANOS O VEÍCULO FIAT/PALIO, E NA MOTOCICLETA, ALÉM DE FERIMENTOS LEVES NOS OCUPANTES DA MOTOCICLETA, O CONDUTOR E O CARONA, QUE FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL SÃO LUIZ DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

Jorge Luiz Santos Barbosa





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002236**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/09/2019** às **14:41**

Complementa o BO Número: **19E0206002227**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, PE/90 POSTO MARACAJÁ - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA (VÍTIMA)
MARIA VITÓRIA BARBOSA DE LIMA SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA**



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

JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 5/2/1987
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA VITÓRIA BARBOSA DE LIMA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Data de Nascimento: 12/2/2001
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 1/1/1981
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA VERMELHA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKD8344 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **PLACA KKD8344**

Complemento / Observação

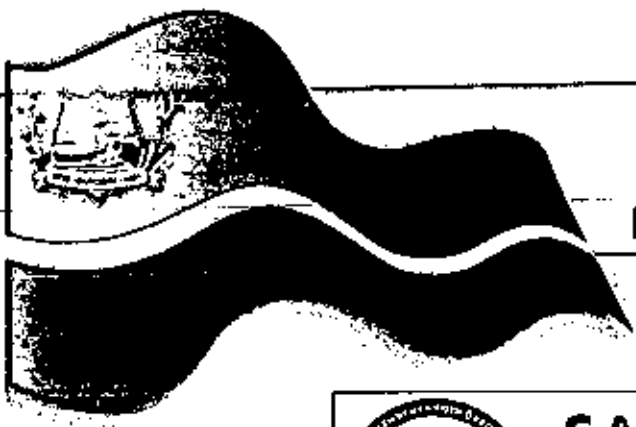
BOE COMPLEMENTANDO OS DADOS INFORMADOS NO BOE19E0206002227

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

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**



João Luiz Santos Barreto



Comp. Reg. de Acidentes Declarados



Prefeitura Municipal de Surubim

**SAMU
192**

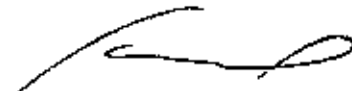
**PREFEITURA DE
SURUBIM**
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 73/2019

Surubim, 18 de outubro de 2019.

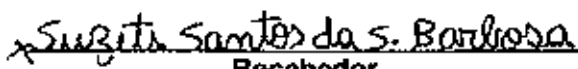
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente **JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA**, DN: 05/02/1997, portador do RG nº. 9.951.245 SDS-PE, CPF: 118.252.464-83 consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia 17/09/2019 as 21:30 h, vítima de colisão moto X carro. O paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando deformidade em MSD e MID devido ao trauma, posteriormente foi encaminhado para a **Unidade de Pronto Atendimento – UPA**, Surubim - PE com o código ID:S- 682515. E posteriormente removido para o **Hospital da Restauração – HR** na cidade do Recife – PE com código ID: S-682579.


José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 396794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: 26/10/19

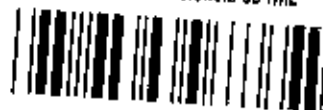

Recebedor

DOC: _____



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO I

Declaração de Inexistência de IML



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221206 ou 0800 0221206 J221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jorge Luiz Santos Barbosa

CPF da Vítima

118.252.464-83

Data do Acidente

17/09/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rom Jardim, 20 de novembro de 2019

Local e Data

X Jorge Luiz Santos Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

BANCO: 104

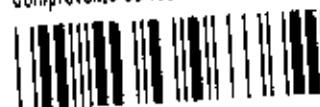
AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000029398-9

Nr. da Autenticação C7BD65D9712E1A23

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Jorge Luiz Santos BarbosaRG nº 9.957.245, data de expedição 13/05/2014, Órgão SDS/PE

CPF nº 118.252.464-83, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Lagoa da Negra</u>
Número	<u>483</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-9-9993-2863</u>
E-mail	<u>cleyde.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 20 de novembro 2019Assinatura do Declarante: Jorge Luiz Santos Barbosa



Tarifa Social de Energia ELN/PE Criada pela Lei 10.438, de 26/06/07

CELPE
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.835.059/0001-06 | Insc. Est. 1005943-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV LAGOA DO NEGRO 483

CPF 118 252 464-83

SURUBILAGOA DO NEGRO
BOM JARDIM PE
55130-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

078723517 UNICA 07/10/2018

07/10/2018 2015334883 5313776

7024742258	10/2018
14/10/2018	07/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
89,09	

DESCRIÇÃO DA BOMBA PRESSÃO

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (M³)	105,000000	0,91088852	95,12
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,49
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,87
Contrib. Rum. Pública Municipal			5,20
ICMS Subvenção COE-AR 086944885-06/07/18			0,72
ICMS Subvenção COE-AR 072110056-05/00/18			0,78
Multa por atraso-AR 075803878 - 04/09/18			1,05
Juros por atraso-AR 075803878 - 04/09/18			0,08

TOTAL DA FATURA

89,09

DESCRIÇÃO DA BOMBA PRESSÃO

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº DE CONSTANTES	AJUSTE	Consumo (m³)
218123140	CAI	04-05-2018 3 038,00	07-10-2018 3 145,00	33	1,0000	105,00

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo Água	95,12	100,00%
ICMS	0,72	0,75%
PIS	0,78	0,87%
COFINS	1,05	1,18%
Acréscimo Bandeira AMARELA	0,49	0,55%
Acréscimo Bandeira VERMELHA	4,87	5,46%
Contrib. Rum. Pública Municipal	5,20	5,84%
Multa por atraso	1,05	1,18%
Juros por atraso	0,08	0,09%
Total	108,36	121,62%

0007 8800 TAE2 C077 8800 30AD 2008 C001

DESCRIÇÃO DA BOMBA PRESSÃO

As informações contidas neste documento são de caráter informativo e não devem ser utilizadas para fins de cobrança ou para a emissão de notas fiscais. A CELPE não se responsabiliza por erros ou omissões. A validade das informações é de 90 dias a partir da data de emissão. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso das informações aqui contidas.

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo Água	95,12	100,00%
ICMS	0,72	0,75%
PIS	0,78	0,87%
COFINS	1,05	1,18%
Acréscimo Bandeira AMARELA	0,49	0,55%
Acréscimo Bandeira VERMELHA	4,87	5,46%
Contrib. Rum. Pública Municipal	5,20	5,84%
Multa por atraso	1,05	1,18%
Juros por atraso	0,08	0,09%
Total	108,36	121,62%

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo Água	95,12	100,00%
ICMS	0,72	0,75%
PIS	0,78	0,87%
COFINS	1,05	1,18%
Acréscimo Bandeira AMARELA	0,49	0,55%
Acréscimo Bandeira VERMELHA	4,87	5,46%
Contrib. Rum. Pública Municipal	5,20	5,84%
Multa por atraso	1,05	1,18%
Juros por atraso	0,08	0,09%
Total	108,36	121,62%

Unidade 0001 12.2.1 PIS/PIS - Valor do Imposto de Renda do Sistema de Contribuição - R\$ 11,32



Documentação médico - hospitalar



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Jorge Luiz Santos Barbosa**, nascido no dia 05/02/1997, filho da Sra. **Suzete Santos da Silva Barbosa** e do Sr. **Luciano da Silva Barbosa**. Residente no sítio Lagoa do Negro, zona rural de Bom Jardim - PE. Solicitou no dia 15/10/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente (queda de moto).

Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 17/09/2019 pelo médico plantonista Dr. José Igor F. da Silva CRM - 28372, e transferido para o HR (Hospital da Restauração).

Surubim, 15 de outubro de 2019.


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00089676

Prontuário: 52991

CNS:

Idade: 22 Anos 7 Meses 12 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA

Nascimento: 05/02/1997

Est.Civil:

End.: LAGOA DO NEGRO

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55730000

Cidade: BOM JARDIM

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 118.252.464-83

Mãe: SUZETE SANTOS DA SILVA BARBOSA

Pai: LUCIANO DA SILVA BARBOSA

Profissão:

Responsável:

Tel.: 81 96599871

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

17/09/2019 19:33 89676 ACIDENTE

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
	120 x 80		92 bpm	57,02 kg	

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Paciente vítima de Queda de muro.
 Tratado em protocolo de Trauma do Torax.
 Estava em uso de cinto de segurança. Nega outros
 sintomas.

1) Ausc. sem ruídos.

2) Pré-torax a torto.

3) Sem sinais de desconexão de conexão.

4) Sem dados neurológicos, Pupilas 2.5 / 2.5.

5) Fratura exposta no fêmur (D). Deformidade
 de M.S.D.

TRATAMENTO:

1) SPO2 - 100% p, ev. 17
 2) Torax 100% + SPO2 100% p, ev. 17
 3) Ondas de choque - 2000 J, ev. 17
 4) Fratura exposta (Protocolo Torax)

Dr. José Igor F. da Silva

Médico

CRM-PA 13372

Hospital Rubeiro
 Trauma NRC

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura exposta

CID:

5773654

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA

☐

INTERNADO

☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVEDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 17/09/2019 19:33:32

☐ CURATIVO☐ NEBULIZAÇÃO☐ BÁSICO☐ ESP☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA☐ URG. ESPECIALIZADA☐ OBS. BÁSICA☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA:

CAROLAYNE ROSINETE C CORDEIRO



Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr. Gentil Augusto de Miranda

HOSPITAL DA
RESTAURAÇÃO

Trauma e NRC

577 3654 #

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1º Via Hospital de destino/2º Via Hospital local

Hospital Local: UPA		Município: SURUBIM	
Nome do Paciente: JORGE LEIZ SANTOS BARBOSA		data de Nascimento: 05/02/1997	
Idade: 22 anos			
Quadro Clínico: Paciente vítima de queda de moto, atingido com o pé do capacete, no tórax. Injeção em protrusão de Trauma. Radiografia evidenciou fratura de rádio e ulna (1) distal direita. Apresenta ferida aberta no antebraço (2). Radiografia de antebraço direita evidenciou fratura de rádio e ulna (2) distal direita. Ao exame físico: FC: 92 bpm; PA: 100/50 mmHg. Sem sinais de comprometimento neurológico.			
HD: Fratura de Rádio/Ulna (1) / Injeção (2) - Exposta.			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente		CRM: 17109/19	DATA:
Dr. José Igor F. da Silva Médico CRM-PE 28372		DATA: 17/09/19	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) chefe do Plantão		COREN:	DATA:
1º REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado)		
	Assinatura do (a) médico (a):		
2º REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado)		
	Assinatura do (a) médico (a):		
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN:	
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância:	



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA	PRONTUÁRIO: 1573694	ATENDIMENTO: 01483883
DATA DE NASCIMENTO: 05/02/1997	FOI ATENDIDO EM: 18/09/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 05/10/2019 ÀS 06:11	

Diagnóstico Provável:

LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO
FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO DE QUADRIL
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO

Observação:

AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 45 DIAS

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE DR FELIPE LESSA COM 2 SEMANAS.

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO CRM: Nº. 7472

Recife, 05, OUTUBRO ,2019

ATENÇÃO:

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



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 19/12/2019 11:00Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA MAO/PUNHO
Médico.....: 1155 - LUIS FELIPE E SILVA LESSA FERREIRA
Agenda.....: 51499

Informações do Paciente

Paciente.....: 1573694 Same.....: 848182
Nome.....: JORGE LUIZ SANTOS BARBOSA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 96599871 / Celular: () - Nasc.....: 05/02/1997
Endereço.....: SÍTIO LAGOA DO NEGRO, 1 - CENTRO - BOM JARDIM - MA - Cep: 65380970
Cidade.....: BOM JARDIM

Agendado por: THARCYZOLAS

