

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014486621499
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 1160313110 ***** 2019

NOME
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

SAO L DA MATA-PE

CPF/CNPJ
111.139.424-52

PLACA
PCH1308

PLACA ANT./UR CHASSI
***** PE 502KC2210JRD4999Z

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLISTA

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CC 160 TITAN

ANO FAB. ANO MOD.
2019 2019

CAP. POT. / CIL
2P/162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

FAIXA I.P.V.A.
1

PARCELAMENTO / COTAS

VENC. / COTAS
1° *****
2° *****
3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO RO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
AL. ETD. ADM. CONS. MAC. HONDA LTDA
DOCUMENTO DE FORTÉ OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA
SAO L DA MATA-PE 16/01/19
Marcelo Couto da Costa Brito
Diretor Presidente do Exercício DETRAN/PE

EXCELSIOR SEGUROS
16 SET. 2019
SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320215/19

Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

CPF: 111.139.424-52

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/03/2019

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DA ROCHA
BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA : 111.139.424-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

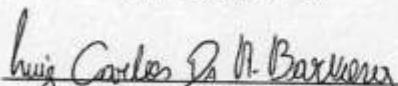
Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

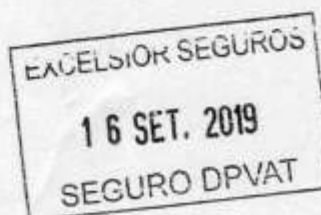
Data da entrega: 16/09/2019
Nome: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA
CPF: 111.139.424-52


LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61


RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533903 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA **Data do acidente:** 05/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR E FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (PÁG.1/6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533903 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA **Data do acidente:** 05/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR E FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (PÁG.1/6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320215/19

Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

CPF: 111.139.424-52

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/03/2019

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA : 111.139.424-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA
CPF: 111.139.424-52

LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533903

Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Data do Acidente: 05/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 00000120802-6

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



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533903

Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Data do Acidente: 05/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ CARLOS DA ROCHA 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



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: 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 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0115003635**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às **09:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **5/3/2019** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 1** - Bairro: **CAPIBARIBE** - **SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

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

LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSETE BEZERRA DA ROCHA BARBOSA** Pai: **ANTONIS GOMES BARBOSA** Data de Nascimento: **31/8/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **11113942452 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 987647811**

Endereço Residencial: **AVENIDA CLODOALDO GOMES DE ARAUJO, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: PENEDO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

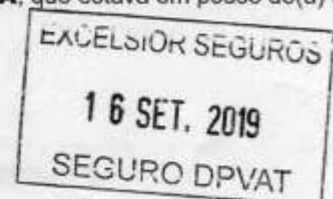
DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH1308** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/NÃO INFORMADO**



Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE ACIMA CITADA PILOTAQNDQ SUA MOTOCICLETA ORA MENCIONADA QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO E PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS VINDO A BATER EM SUA LATERAL E A VÍTIMA VEIO A CAIR NO CHÃO ONDE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS CONFORME ATENDIMENTO Nº 693079.

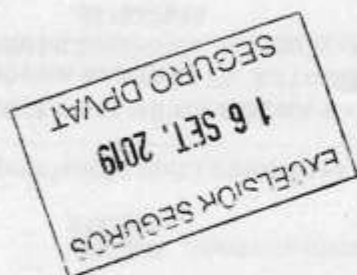
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Luíz Carlos Da R. Barbosa

LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO** - Matrícula: **220.926-8**



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: 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 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000956 Div. Op.

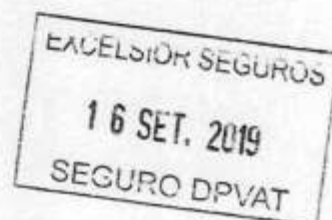
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 210522398218 MEXPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 111.139.424-52, residente à RUA CLODOALDO GOMES DE ARAUJO, nº 60, , PENEDO, SAO LOURENCO DA MATA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 05/03/2019, por volta das 21:35 hs, no endereço: AV. BELMIRO CORREIRA, PE, CAPIBARIBE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA TITAN 160 PRETA PCH1308-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA, inscrito sob o CPF nº 111.139.424-52 e Registro Geral ° 210522398218, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710415-4 DIOGENES. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 712519. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 16/09/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000956

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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: 30/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000120802-6

Nr. da Autenticação 1ED0EFC1531208CF



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

1. Ocorrência da Emergência: 693079

1.1 - Atendimentos em: 05/03/19

1.2 - Às 22 horas e 30 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 712519

2.1 – Internado em: 05/03/19

2.2 - Alta em: 21/03/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 06/03/19: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + REDUÇÃO + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TIPO TUBO-A-TUBO EM PERNA DIREITA.

2) CIRURGIA EM 20/03/19: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA (HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA DIREITA).

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO X CARRO).

DATA: 8.8.2019

HORA: 15:11:58

PASTA: 01.08.2019

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167
Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.

EXCELSIOR SEGUROS
16 SET. 2019
SEGURO DPVAT



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 693079

Prontuário: 712519

Nome: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Data Nasc.: 31/08/1996

Idade: 22

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 8740621

CNS:

Endereço: AVENIDA CLODOALDO GOMES DE ARAUJO

Nº: 60

Bairro: PENEDO

Cidade: SAO LOURENCO DA MATA

Estado: PE

CEP: 54715505

Fone: 86724927

Profissão:

Nome da Mãe: JOSETE BEZERRA DA ROCHA BARBOSA

Acompanhante: JOSETE BEZERRA DA ROCHA BARBOSA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. ENF. MARGARIDA VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO- CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Queixa Principal / HDA:

*21/08/2019 - acidente de moto - carro
no bairro de São Lourenço
de São José do Artur*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☒
Atropelamento: Sim ☐ Não ☒	Local de Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura m
Queimadura: Sim ☐ Não ☒	Por:	Transporte Realizado por:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐	Por que:	

Observações:

Exame Físico

A: Geral *EB 09* Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Score: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Score: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Score: Hora:

645





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Tratamento / Procedimentos:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

☐ Curado

☐ Inalterado

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Piorado

Informação de Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐

Transferência ☐

Estudo de Caso ☐

Exames Externos ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 05/03/2019 22:30 h CLAUDIOAS

impressão: 05/03/2019 22:30 h CLAUDIOAS

Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 05/03/2019 22:31

Nome Paciente:	LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	31/08/1996
Sexo:	Masculino
Idade:	22
Senha:	E0022
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 05/03/2019 22:32 - 05/03/2019 22:33

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	AMARELO - URGENTE
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	HISTORIA DE COLISAO MOTO/CARRO HA 1 HORA, EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID + MSD NEGA VOMITOS E DESMAIOS
Observação:	TRAZIDO PELO CBM DIRETO DA VIA PUBLICA
Fluxograma sintoma:	QUEDAS
Discriminador(es):	- FRATURA EXPOSTA?
Especialidade:	CIRURGIA GERAL
Sinais Vitais Lidos:	- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15 - REGUA DE DOR: 5 - FREQUENCIA CARDIACA: 78.00 BPM (RÍTMICO) - TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/03/2019 22:33



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☒ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☒ PACIENTE CIRÚRGICO

**CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MSD.**

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida General San Martín, s/n - Cordelão
Recife/PE - CEP: 50.030-080
Fone: 0XX 81 31845600



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA Registro: 712519
Data da operação: 06/03/19

Operador: DR. CARLOS HENRIQUE 1º auxiliar: DR. LEVI GOMES 2º
auxiliar: DR. FERNANDA MADRUGA MRI

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA
DIREITA

Cirurgia: LMC + REDUÇÃO + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TIPO
TUBO-A-TUBO EM PERNA DIREITA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia
- 2) Antissepsia + assepsia
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observado fratura em ossos da perna direita com ferimento comunicando foco de fratura com meio externo.
- 5) Limpeza copiosa com SF
- 6) Aposição de fixador externo tubo-a-tubo em perna direita
- 7) Curativo esteril
- 8) Boa perfusão distal após o procedimento

Caio Siqueira
Médico
CRM/PE 25463

①



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: Luiz Carlos da Rocha Barbosa

Registro: 712519

Data da operação: 20/03/19

Operador: DR DIOGO CÉZAR 1º auxiliar: DR. ROBSON MR 3

2º auxiliar: DR. KENNET MR3

3º auxiliar: DR ANDRE MR1

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Tipo de operação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA (HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA DIREITA)

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia e antissepsia;
- 3) Aposição de campos operatórios estéreis;
- 4) Realizada incisão mediana infra patelar, dissecação por planos.
- 5) Visualizado o tendão patelar e realizada incisão mediana em tendão patelar a direita;
- 6) Realizada redução incruenta + osteosíntese de tibia com Haste intramedular + 02 parafusos de bloqueio distal + 02 parafusos de bloqueio proximal + 1 parafuso tampão;
- 7) Verificação da redução/posicionamento do implante com fluoroscopia;
- 8) Limpeza com SF0,9%;
- 9) Sutura do tendão patelar;
- 10) Realizada sutura de pele;
- 11) Curativo
- 12) Observada boa perfusão distal

Dr. André Cândia
Médico
CRM/PE: 27767

2



LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA		00712519	
693197	MASCULINO	22a 6m 19d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Tratamento:

06/03/2019: LMC + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR EM TIBIA DIREITA

19/03/2019: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE TIBIA DIREITA + OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA DIREITA

OBS:

- ORIENTO CARGA ASSISTIDA EM MID;
- PRESCREVO ANALGESIA;
- ENTREGO ATESTADO (30 DIAS), DECLARAÇÃO, SOLICITAÇÃO DE MULETAS;
- PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG, 12/12H, 07 DIAS;
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE TRAUMA APOS 15 DIAS.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE COM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
06/03/2019	21/03/2019

Recife, 21 DE MARÇO DE 2019

Dra. Fernanda Madruga

MEDICA
CRM-PE 27987

FERNANDA MADRUGA E SOUZA - CRM: Nº.11798



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTILHA NACIONAL DE HABITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1304819048	NOME LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA	
		DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 210522398218 MEX PE
		CPF 111.139.424-52
		DATA NASCIMENTO 31/08/1996
	FILIAÇÃO ATONIS GOMES BARBOSA JOSETE BEZERRA DA ROCHA BARBOSA	
PERMISSÃO [REDACTED]		
Nº REGISTRO 06506983300		
VALIDADE 11/08/2020		
1ª HABILITAÇÃO 17/11/2015		
OBSERVAÇÕES Exerce Ativ Remunerada		
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Luiz Carlos Da R. Barbosa</i>		
LOCAL RECIFE - PE		
DATA EMISSÃO 17/11/2016		
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Charles Anderson Louca Elyris</i> Diretor Presidente		
08726854814 PE076064778		
0876064778		

EXCELSIOR SEGUROS
 16 SET. 2019
 SEGURO DPVAT