

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647792 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: EXAME DE IMAGEM - PÁGINAS 06 A 08.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647792

Vítima: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647792

Vítima: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 000984825599-6

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



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: 224.645.304-58 4 - Nome completo da vítima: EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 224.645.304-58
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. CON. JOSE FERNANDES MACHADO 9 - Número: 28 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: UR-7 VARZEA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50970-230
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 081-34564446 081-988963394

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3048 CONTA: 9848255996
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário 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, RECIFE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTOATENDIMENTO - AG CAMAPAGIBE

DATA: 23/10/2019

TERMINAL: 30171009

HORA: 11:40:52

CONTROLE: 301710090303

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3017 000.984.625.599-6

NOME: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 100,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 81 8528-1326

NÚMERO DO ENVELOPE: 185507344

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096007188

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019 às 18:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/6/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 01, BAIRRO UR SETE VÁRZEA, NA RUA RORAIMA. - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: COLÉGIO BOM FIM.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR \ AGENTE)
CARLOS ANDRÉ PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS ANDRÉ PEREIRA DA SILVA

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

EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LÚCIA DA SILVA SANTOS Pai: CLÁUDIO ANDRÉ DOS SANTOS Data de Nascimento: 26/2/2003 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10485373/SDS/PE (RG), 71461530458 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Telefones Fixos:
- **34564446**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 28, RUA JOSÉ FERNANDES MACHADO - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CARLOS ANDRÉ PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LÚCIA DA SILVA Pai: JOSÉ CARLOS PEREIRA Data de Nascimento: 6/1/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEÍCULO 01 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTOCICLETA DE PLACA KJM 8044, MODELO BROS 150 CC, ANO 2006/06, QUE ESTÁ NO NOME DA PESSOA DE ADSON LOURENÇO DA SILVA JÚNIOR.**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS ANDRÉ PEREIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUE ESTAVA SENDO PILOTADA PELA PESSOA DE CARLOS ANDRÉ, ACIMA CITADO E JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADO, QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, TEVE A MOTOCICLETA " TRANCADA " POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA E DIRIGIDO POR UM ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO. SEGUNDO A VÍTIMA, APÓS O " TRANCA " , A PESSOA DO CARLOS ANDRÉ PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E, CONSEQUENTEMENTE, AMBOS FORAM AO SOLO. ALEGOU A VÍTIMA QUE, APÓS O ACONTECIDO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU, FATO QUE GEROU O PROTOCOLO DE NÚMERO : S - 638353 E O PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA UPA DE NÚMERO : 00372995. DIANTE DE TAL FATO E COM O INTUITO DE FICAR AMPARADO LEGALMENTE, A VÍTIMA VEIO A ESTA DP NOTICIAR O OCORRIDO, CASO AFETO À DP VÁRZEA.

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

X *Emanuel José da Silva Santos*
EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS
(VITIMA) X

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**



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: 224.645.304-58 4 - Nome completo da vítima: EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 224.645.304-58
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. CON. JOSE FERNANDES MACHADO 9 - Número: 28 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: UR-7 VARZEA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50970-230
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 081-34564446 081-988963394

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)

Nome do BANCO: _____

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3048 CONTA: 984825599 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário 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, RECIFE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

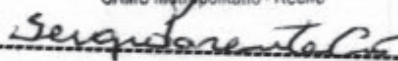
TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	006.09.2019
DATA	09.09.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS**, portador do Documento de Identidade nº **10485373** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **714.615.304-58**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-638353**, que no dia 07 de junho de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 21h57, na Rua Roraima, imediações ao Colégio Bonfim, no bairro UR-07 Várzea, Recife/PE e, sendo direcionado para a UPA Caxangá.
Recife, 09 de setembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

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: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000984825599-6

Nr. da Autenticação CE84F42B886AB200



ATENDIMENTO: RUA DAS ROSAS - NUM. - 00020 - BAIRRO NOVO CANA
RAGTPE PE 54750-000

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE
WELLINGTON ANTONIO GOMES
R COM JOSE FERNANDES MACHADO, N. 028 - VARZEA RECIFE PE 50970-230
INSCRIÇÃO: 766.145.495.0342.000 GRUPO: 14 DEB. AUTOMATICO: 075098316

MATRÍCULA: 75098316 Mai/2019

SITUAÇÃO AGUA CORTADO
SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL
RESIDENCIAL 1
QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y100096515
DATA LEIT ANTERIOR 09/05/2019
DATA LEIT ATUAL 08/06/2019
TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD

AGUA:
LEIT ANT: 1685 CONSUMO: 23
LEIT ATU: RECOR ANORM HD RET
LEIT FAT: 1708

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO
04/2019	23
03/2019	23
02/2019	23
01/2019	23
12/2018	23
11/2018	23
MEDIA:	23

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	74	74	74
COR APARENTE	74	74	39
CLORO RESIDUAL	74	74	74
COLIF. TOTAIS	74	74	69
E. COLI	74	74	73

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO TOTAL(R\$)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 05/2019

0,24
12,39

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS COMIS	0,00	1,65	0,00
	0,00	7,00	0,00



Nome: 372995-EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-988206425
Idade: 16a 4m 7d Nascimento: 26/02/2003
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA SANTOS
Endereço: RUA DOUTOR SOLANO CARNEIRO DA CUNHA, 30 - VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50970110

Data do Atendimento: 07/06/2019

Prontuário: 00372995

Nº Atendimento: 01310353

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEXTA-FEIRA, 07 DE JUNHO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE: HGV

SENHA: 5701266

QP:

ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM PERNA DIREITA

EVOLUÇÃO:

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dra Audrey Vasconcelos
Ginecologista, Médica
CRM: 117297

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-06-07 22:48:27



Nome Paciente: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS
Cód. Paciente: 372995
Data de Nascimento: 26/02/2003
Sexo: Masculino
Idade: 16
Senha: OR0043
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1310353
SAME:



Período: 2019-06-07 22:48:27 - 2019-06-07 22:52:39

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Alergia(s):

- NEGA - „

Queixa Principal:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE COM O SAMU RECIFE, OCORRENCIA : S 638353, PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DOR EM MID + ESCORI~ÇOES. NEGA SINCOPE E VOMITOS. ESTAVA SEM USO DE CAPACETE

Observação:

NEGA HAS E DM

Fluxograma sintoma:

ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- CAPNOGRAFIA: 98.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 98.00 BPM
- GLICOSE: 117.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 100.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.20 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância

Observação

- NEGA - „

Acolhido(a) por: ANA PAULA JOSE DA SILVA - COREN: 399139 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-05 09:03:55

Relatório Médico de Alta



Nome: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS
Reg.: 645286 Pront.: 1175129
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 26/02/2003
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 16
Admissão: 08/06/2019 20:55 Alta: 11/06/2019 10:15

Admissão:

FRATURA EM PERNA DIREITA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	08/06/2019 20:55	11/06/2019 10:15	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10531

Registro:645286 Prontuário:1175129 Data de Nascimento:26/02/03 Idade:16 ANO(S)
Nome do Paciente:**EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA LUCIA DA SILVA SANTOS
RG: 10485373

Data: 01/07/2019

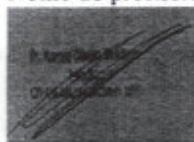
LAUDO RX PERNA DIR AP/P

Recife, 01-07-2019 04:23

Exame para controle de tratamento cirurgico.

CHAPA: 119.174200

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY. CRM: 10755. Data e Hora: 03/07/2019 15:07:00.



Dr. Marcelo Oliveira Wanderley

Registro: 645286 Prontuário: 1175129 Data de Nascimento: 26/02/03 Idade: 16 ANO(S)
Nome do Paciente: **EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA SANTOS
RG: 10485373

Data: 07/08/2019

LAUDO RX TORNOZ DIR AP/P

Recife, 07-08-2019 07:22

Exame para controle de tratamento cirurgico.

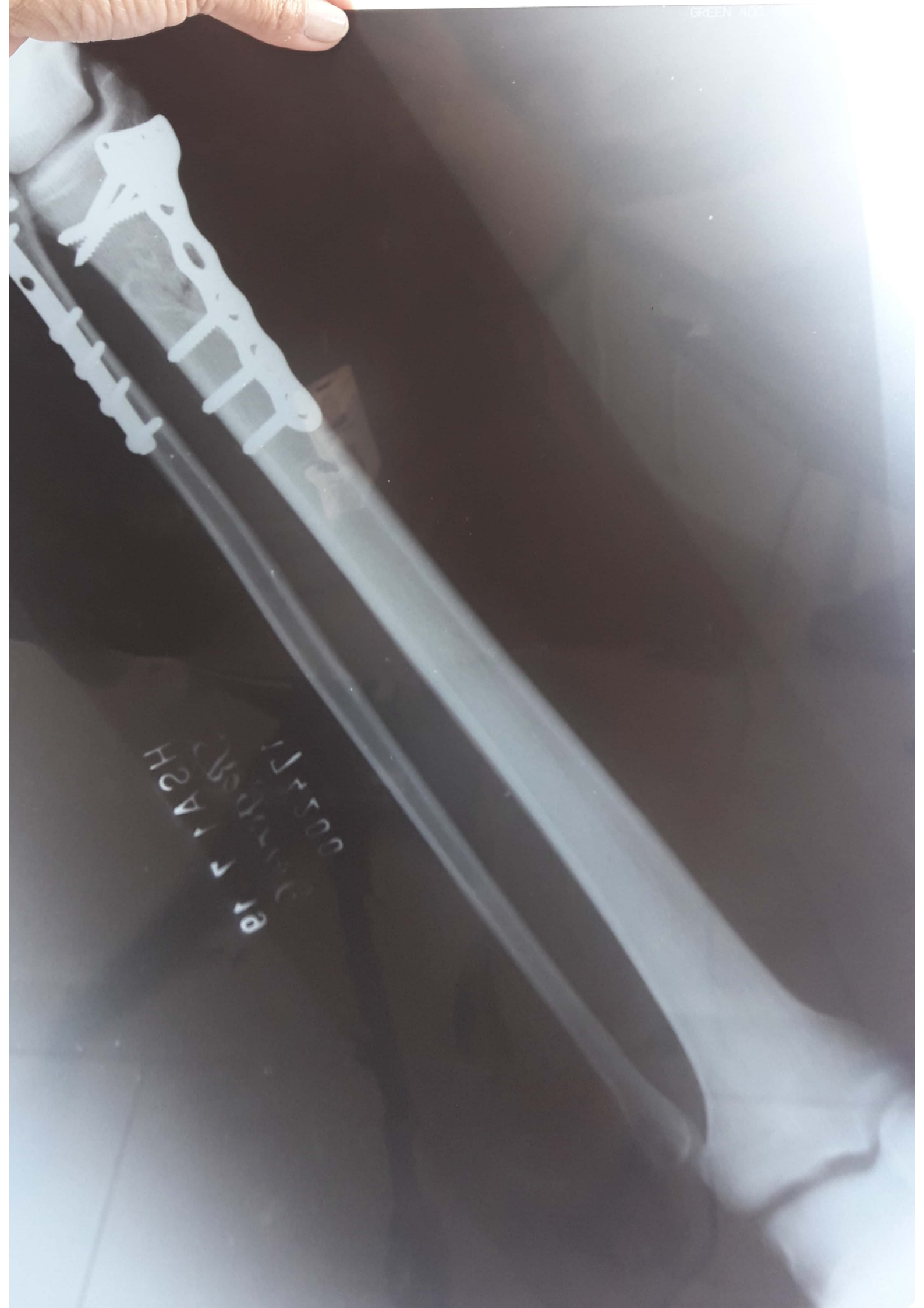
CHAPA: 119.207163



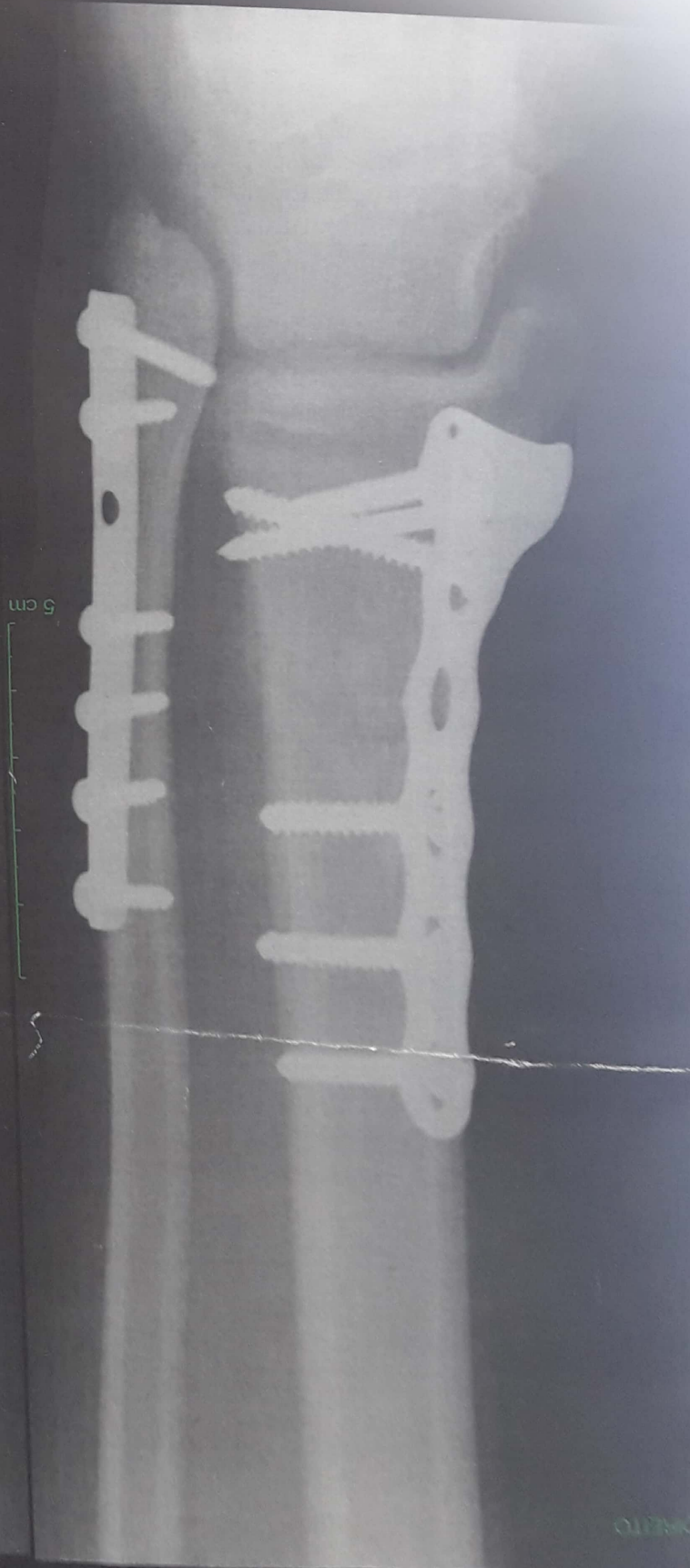
Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY. CRM: 10755. Data e Hora: 08/08/2019 11:33:14.



GREEN 402



000517
1/14/2010
H2



Sil
Ver pos. LATERAL
Desc. da bone. LATERAL
ID da placa: 9201036310
119 202163 01 CR TORNOZE
07/09/2019 CR TORNOZE

Rel exp. rel. raios X: 2180
1750

SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RIO DE JANEIRO
Desc. do fêmur. RX TORNOZE DII AP/II
119 202163 01 CR TORNOZE
07/09/2019 CR TORNOZE

Ver pos. AP
Desc. da bone. AP
ID da placa: 9201036409

Rel exp. rel. raios X: 2110

HS A 1 7 19
Rogers
174200



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE JUSTIÇA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E TÍTULOS ELEITORAIS

EC-1

Foto do titular

Assinatura do titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDAR TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.485,373

16/11/2016

RECIFE - PE

26/02/2003

44 CN 94855 L.A-106 F.32 CART. 140

44 MARIA LÚCIA DA SILVA SANTOS >>

44 CLÁUDIO ANDRÉ DOS SANTOS >>

44 EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS >>

10.485,373

16/11/2016

RECIFE - PE

26/02/2003

44 CN 94855 L.A-106 F.32 CART. 140

44 MARIA LÚCIA DA SILVA SANTOS >>

44 CLÁUDIO ANDRÉ DOS SANTOS >>

44 EMANUEL JOSÉ DA SILVA SANTOS >>



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

714.615.304-58

Nome

EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

Nascimento

26/02/2003

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014357781368
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DOG. RENAVAM 888917511 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
ADSON LOURENCO DA SILVA JUNIOR

RECIFE-PE

CPF/CNPJ 064.202.624-61

PLACA RJM8044

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9C2KD03306R029591

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRO3 E3 ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2006

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 14/01/19

SEM RESERVA

RECIFE-PE 12/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Roberto Carlos Moreira Fontelles

REITOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PE Nº 014357781368 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ADSON LOURENCO DA SILVA JUNIOR

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

WWW.COQUIRADORADP01.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 12/02/19

VIA 1 DOG. RENAVAM 888917511 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2019

CPF/CNPJ 064.202.624-61 PLACA RJM8044

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRO3 E3

ANO FAB. 2006 DE REG. 09 CHASSI 9C2KD03306R029591

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUILACAO 14/01/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

JAN-2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407607/19

Vítima: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

CPF: 714.615.304-58

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

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

EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS : 714.615.304-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

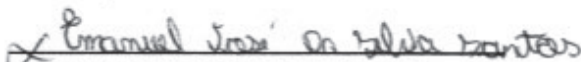
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 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: 20/11/2019
Nome: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS
CPF: 714.615.304-58


EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

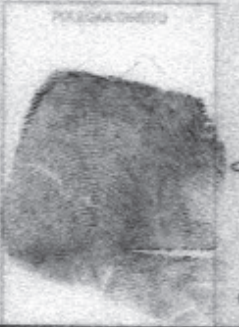
Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87


Marta Marinho dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TITULAÇÃO

EC-1

Maria Lucia da Silva Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DEBIL 1.152.608

DATA DE
EXPIRAÇÃO 11/02/2015

NOME << MARIA LUCIA DA SILVA SANTOS >>

FILIAÇÃO << JOSE COSME DA SILVA >>
<< ANA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 31/01/1953

DOC. ORIGIN << CC 44.201.15 BAUX.F. 220 CART. >>

PINA RECIFE PE 23.08.2005 15/11/2005

CPF 407.324.794-87

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/63

155071526081503431526083

155 46.379 - 4113

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647792 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: EXAME DE IMAGEM - PÁGINAS 06 A 08.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407607/19

Vítima: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

CPF: 714.615.304-58

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS : 714.615.304-58

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: 20/11/2019
Nome: EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS
CPF: 714.615.304-58

EMANUEL JOSE DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos