



10/08/2020

Número: **0023152-45.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
C. A. D. S. J. (AUTOR)			MARIA DAS GRACAS LUCENA AMANCIO TAVARES DE SA PRAGANA (ADVOGADO)
JANAINA GOMES DO NASCIMENTO (REPRESENTANTE)			MARIA DAS GRACAS LUCENA AMANCIO TAVARES DE SA PRAGANA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66084015	10/08/2020 16:21	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151328

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15717413





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

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151328

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: **CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001030**

Conta: **0000030076-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 134.216.784-80 3 - CPF da vítima: 032.256444.35 4 - Nome completo da vítima: Gleison Antonio da Silva Junior

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

5 - Nome completo: Gleison Antonio da Silva Junior 6 - CPF: 032.256444.35 7 - Profissão: Vendedor 8 - Endereço: Rua Calceolite 9 - Número: 501 10 - Complemento: 11 - Bairro: Alto do Monte 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.071-151 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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: Gleison Antonio da Silva 18 - CPF do Representante Legal: 032.256444.35 19 - Profissão do Representante Legal: Vendedor
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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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: 1030 CONTA: 30076 2 AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 1030 CONTA: 30076 2 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.

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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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 a que os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a pedido) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a pedido) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido) 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Recife 28 de novembro 2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Gleison Antonio da Silva 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS 001 V002/2019





Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS7/infopol/xml/BOEPreview.html



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA -
DP5ªCIRC DIM/5ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0095005982

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às
16:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 30/7/2019 às 22:06

Fato ocorrido no endereço: **RUA FRANCISCO PASSOS, 81, ALTO DO
GRUZEIRO/NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **NOVA DESCOBERTA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROX. AO
SUPERMERCADO ESPERANÇA**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**LOMBADA/VIA PÚBLICA (AUTOR/AGENTE)
SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (NOTICIANTE)
DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ RONALDO DA SILVA (TESTEMUNHA)
CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na perseguição da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE RONALDO DA SILVA**

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

.....
CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: JANAINA GOMES DO NASCIMENTO Pat: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA
Data de Nascimento: 27/12/1983 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 10882882/SDS/PE (RG), 13421678488 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escala: 1ª, GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:
- 81982628438

Endereço Residencial: RUA CALCOENE, 181, RUA CALCOENE - CEP: 52071151 - Bairro:
ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: OLIVETE OLGA DO NASCIMENTO Pat: SATURNINO ROCHA DO
NASCIMENTO Data de Nascimento: 22/4/1983 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/BOEPreview.html

/ BRASIL Documentos: 2199641/SDS/PE (RG), 20916783434 (CPF) Estado Cívil: CASADO(A)
E escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: GARGOM Telefones Celulares
- 31083965828

Endereço Residencial: RUA CALCOENE, 101 - CEP: 52071151 - Bairro: ALTO DO MANDU -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE RONALDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de
Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA CALCOENE, 101 - CEP: 52071151 - Bairro: -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA CAROLINA, 307 - CEP: 53000-020 - Bairro: CASA AMARELA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

LOMBADA/VIA PÚBLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: . Pai:
. Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DANIELA SUZELLI MACEDO
DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE RONALDO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCA6417 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: MOTOCICLETA HONDA VERMELHA PLACA PCA-6417

Complemento / Observação

O NOTICIANTE, QUE É AVÔ DA VÍTIMA MENOR DE IDADE, COMPARECEU NESTA
DELEGACIA DE POLÍCIA INFORMANDO QUE A VÍTIMA ESTAVA NA GARUPA DA
MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PILOTADA POR JOSE RONALDO DA SILVA, E QUE EM
DADO MOMENTO O PERDEU O CONTROLE DA MESMA NO MOMENTO EM QUE
PASSAVA NUMA LOMBADA, E QUE NESSE DIA ESTAVA CHUVENDO, E QUE AMBOS
CAÍRAM NO MEIO DA RUA, E QUE O PILOTO SOFREU PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A
VÍTIMA TEVE FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DA PERNA ESQUERDA, E QUE A VÍTIMA
FOI SOCORRIDA PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU
/RECIFE/PE, EM 30/07/2019, POR VOLTA DAS 22:05 HORAS E ENCAMINHADA AO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/CORDEIRO/RECIFE/PE, CONFORME OCORRÊNCIA
NÚMERO S-669786, E DECLARAÇÃO DO REFERIDO ÓRGÃO DATADA DE 07/10/2019,
ASSINADA PELO DR. SERGIO PARENTE COSTA/GERENTE DE INFORMAÇÃO E
AVALIAÇÃO, E CONFORME RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR HOSPITAL GETÚLIO
VARGAS, DATADO DE 24/10/2019, ONDE CONSTA A ENTRADA DO ACIDENTADO EM
31/07/2019 E A ALTA EM 24/10/2019.

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

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR
(VÍTIMA)

SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: NELSON FRANCISCO DA SILVA - Matrícula: 3808625



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/BOEPreview.html



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA -
DP5ªCIRC DIM/6ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0095005982

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às
16:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 30/7/2019 às 22:06

Fato ocorrido no endereço: **RUA FRANCISCO PASSOS, 91, ALTO DO
CRUZEIRO/NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **NOVA DESCOBERTA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROX. AO
SUPERMERCADO ESPERANÇA**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**LOMBADA/VIA PÚBLICA (AUTOR/AGENTE)
SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (NOTICIANTE)
DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ RONALDO DA SILVA (TESTEMUNHA)
CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na perseguição da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE RONALDO DA SILVA**

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

.....
CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: JANAINA GOMES DO NASCIMENTO Pat: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA
Data de Nascimento: 2/1/2003 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 1002352/SDS/PE (RG), 13421678420 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
E escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:
- 31952020430

Endereço Residencial: RUA CALCOENE, 101, RUA CALCONE - CEP: 52071151 - Bairro:
ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: OLIVETE OLGA DO NASCIMENTO Pat: SATURNINO ROCHA DO
NASCIMENTO Data de Nascimento: 22/4/1983 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/BOEPreview.html

/ **BRASIL** Documentos: **2199641/SDS/PE (RG), 29916783434 (CPF)** Estado Cvt: **CASADO(A)**
 Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **GARÇOM** Telefones Celulares
 - **31982965228**

Endereço Residencial: **RUA GALCOENE, 101 - CEP: 52071151 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE RONALDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: **1/1/2000** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **RUA GALCOENE, 101 - CEP: 52071151 - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/2000** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 307 - CEP: 53000-020 - Bairro: CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

LOMBADA/VIA PÚBLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/2000** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RONALDO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCA6417 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
 Descrição: **MOTOCICLETA HONDA VERMELHA PLACA PCA-6417**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE, QUE É AVÔ DA VÍTIMA MENOR DE IDADE, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA INFORMANDO QUE A VÍTIMA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PILOTADA POR JOSE RONALDO DA SILVA, E QUE EM DADO MOMENTO O PERDEU O CONTROLE DA MESMA NO MOMENTO EM QUE PASSAVA NUMA LOMBADA, E QUE NESSE DIA ESTAVA CHUVENDO, E QUE AMBOS CAÍRAM NO MEIO DA RUA, E QUE O PILOTO SOFREU PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A VÍTIMA TEVE FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DA PERNA ESQUERDA, E QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU/RECIFE/PE, EM 30/07/2019, POR VOLTA DAS 22:05 HORAS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/CORDEIRO/RECIFE/PE, CONFORME OCORRÊNCIA NÚMERO S-660786, E DECLARAÇÃO DO REFERIDO ÓRGÃO DATADA DE 07/10/2019, ASSINADA PELO DR. SERGIO PARENTE COSTA/GERENTE DE INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO, E CONFORME RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, DATADO DE 24/10/2019, ONDE CONSTA A ENTRADA DO ACIDENTADO EM 21/07/2019 E A ALTA EM 24/10/2019.

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

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR
 (VÍTIMA)

SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO
 (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **NELSON FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **3806625**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html



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 ASI: 134.216.784-80 3 - CPF da vítima: 032.256.444.35 4 - Nome completo da vítima: Gleibson Antonio da Silva Junior

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

5 - Nome completo: Gleibson Antonio da Silva Junior 6 - Nº do documento: 134.216.784-80
7 - Profissão: Vendedor 8 - Endereço: Rua Calceane 9 - Número: 501 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alto do Monte 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.071-151
15 - E-mail: 16 - Tel.(000):

DADOS CADASTRAIS

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: Gleibson Antonio da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 032.256.444.35 19 - Profissão do Representante Legal: Vendedor
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\$1.000,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$20.000,00 ☐ ACIMA DE R\$20.000,00
☐ SEM RENDA

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: 1030 CONTA: 30076 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 Lider 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora, e para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Recife 28 de novembro 2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Gleibson Antonio da Silva Junior
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS 001 V002/2019





**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190670011
Nome do(a) Examinado(a): Cleibson Antonio da Silva Junior
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Calcoene, 101
Alto do Mandu Recife PE CEP: 52071-151
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10883553
Data local do acidente: [30/07/2019]
Data local do exame: [04/02/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: HASTE INTRA MEDULAR, EVOLUINDO COM OSTEOMIELEITE, SENDO RETIRADO O MATERIAL CIRURGICO E COLOCADO FIXADOR EXTERNO
Complicações: EVOLUI COM PSEUDOARTROSE DE TIBIA.
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA EM USO DE FIXADOR EXTERNO, COM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA, COM DEFICIT NA MOBILIDADE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++), DEFICIT DE FORÇA GRAVE DO MEMBRO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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 (*).
(X) "Vítima em tratamento" () "Sem seqüela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- 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. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742

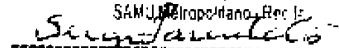


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	010.11.2019
DATA	07.11.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **JANAINA GOMES DO NASCIMENTO**, portadora do Documento de Identidade nº **5898445** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **048.317.884-57**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-660756**, que no dia 30 de julho de 2019, o paciente Menor **CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JÚNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **10883553** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **134.216.784-80**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 22h05, na Rua Francisco Passos, no Alto do Cruzeiro, imediações ao Mercadinho Esperança, no bairro Nova Descoberta, Recife/PE, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 07 de outubro de 2019.

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



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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

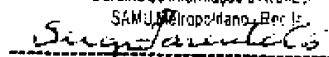
CEP – 50.060-140 Fone: 3355-7450



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	010.11.2019
DATA	07.11.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **JANAINA GOMES DO NASCIMENTO**, portadora do Documento de Identidade nº **5898445** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **048.317.884-57**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-660756**, que no dia 30 de julho de 2019, o paciente Menor **CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JÚNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **10883553** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **134.216.784-80**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 22h05, na Rua Francisco Passos, no Alto do Cruzeiro, imediações ao Mercadinho Esperança, no bairro Nova Descoberta, Recife/PE, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 07 de outubro de 2019.

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


Dr. Sérgio 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:	06/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01030

CONTA: 000000030076-2

Nr. da Autenticação DC7915239270D257



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1410698542

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50060-002
CNPJ: 10.638.882/0001-05
INSCRIÇÃO ESTADUAL 2005948-53



TerraCELPE Energia Elétrica - Lote 435, da ZB-04-02
COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 112
Atendimento ao cliente audiotivo ou de fax: 0800 231 0142
Ouvidoria 0800 282 5559
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 0167
Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE JANAINA GOMES DO NASCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO 10/12/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/11/2019	CONTA CONTRATO 4007514625
ENDEREÇO RUA CALCOENE 101 -ALTO DO MANDU/RECIFE -52071-151 RECIFE PE	TOTAL A PAGAR R\$ 115,45	DATA DA APRESENTAÇÃO 14/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 15/10/2019 a 14/11/2019	CONSUMO 68	NÚMERO DA NOTA FISCAL 084769505	
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 22,41			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4007514625	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 115,45	VENCIMENTO 10/12/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838100000019 154500110048 007514625101 203023825836				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



28/01/2020

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1419130142

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LOÇO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE-PERNAMBUCO
CEP: 50060-902
CNPJ: 10.895.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0205943-93



Terra Social de Energia Elétrica - Lei 10.433 de 06.04.02
COMERCIAL - 115 - PRONTIDÃO 115
Atendimento ao cliente gratuito de 9h às 18h: 0800 231 0142
Ouvidoria: 0800 282 5555
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 117 0267
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifas
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! JANAINA GOMES DO NASCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO 10/02/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/01/2020	CONTA CONTRATO 4007514625
ENDEREÇO RUA CALCOENE 101 -ALTO DO MANDU/RECIFE -52071-151 RECIFE PE	TOTAL A PAGAR R\$ 120,79	DATA DA APRESENTAÇÃO 14/01/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 17/12/2019 a 14/01/2020	CONSUMO 0	NÚMERO DA NOTA FISCAL 092571600	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 25,00 valor do imposto R\$ 23,19

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4007514625	MÊS/ANO 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 120,79	VENCIMENTO 10/02/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838700000010 207900110040 007514625101 145168635930				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



tel: (81) 9.9714-0111

autotendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cddivida... 1/


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 16:21:40
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081016214040600000064837052>
 Número do documento: 20081016214040600000064837052

Num. 66084015 - Pág. 18

28/01/2020

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1419130142

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50060-902
CNPJ: 10.888.882/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0205943-99

**CELPE**

Tarifa Especial de Energia Elétrica - Lei 10.433 de 26/04/02
COMERCIAL - 115 - FRONTEIRO 115
Atendimento ao cliente através do site: 0800 251 0142
Ouvidoria 0800 252 5555
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARPE 0800 327 0167
Ligação Gratuita de Telefonia Fixa
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 087
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! JANAINA GOMES DO NASCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO 10/02/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/01/2020	CONTA CONTRATO 4007514625
ENDEREÇO RUA CALCOENE 101 -ALTO DO MANDU/RECIFE -52071-151 RECIFE PE	TOTAL A PAGAR R\$ 120,79	DATA DA APRESENTAÇÃO 14/01/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 17/12/2019 a 14/01/2020	CONSUMO 0	NÚMERO DA NOTA FISCAL 092571600	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 25,00 valor do imposto R\$ 23,19

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4007514625	MÊS/ANO 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 120,79	VENCIMENTO 10/02/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838700000010 207900110040 007514625101 145168635930				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



telefones (81) 9.9714-0111

autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cddivida... 1/


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 16:21:40
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081016214040600000064837052>
 Número do documento: 20081016214040600000064837052

Num. 66084015 - Pág. 19



CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR		01126639	709201243515
751834	MASCULINO	16a 9m 21d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HDI: FRACTURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
INFECÇÃO DE F.O

Tratamento:

31/7/19: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO LINFAR
19/08/19: TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE BLOQUEADA (DR. ALEXANDRE)
03/10/19: RETIRADA DE HASTE TM E APOSIÇÃO DE PRESTON

OBS:

RETORNO COM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DE DR LUIZ MORAES

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MEI HORADO.

DATA DA INTERNAÇÃO

31/07/2019

DATA DA ALTA

24/10/2019

Recife, 24 DE OUTUBRO DE 2019

JULIANA PIVANTI - CRM: 16.27900

Dr. Juliana Pivanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 221.800

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, 5/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente CLEISSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Prontuário: 01122639

Data de Nascimento 02/01/2003

Idade 176 6m 8d

Sexo MASCULINO

RECEITUÁRIO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO DE TIBIA ESQUERDA E QUADRILHÃO A CRUISESE COM LUSIT. INTRA MEDULAR EVOLUINDO COM OSTEOCLIT + PSEUDOTUMOROSE, RETIRADO MATERIAL DE FIXAÇÃO EM TUBO DE CRIO E REALIZADO TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO. PACIENTE EVOLUINDO COM MELHORIA DE SINTOMAS. NO MOMENTO SEM FÍSTULA ATIVA.

D. LUIZ MOUTAS
Ortopedia Traumatologia
CRM 13773





LEIBSON ANTONIL DA SILVA DUNCA		QUADRO 1	10/08/2020
ESP/2020	MASCULINO 17/08/1980	CLÍNICA ORTOPÉDICA, CLÍNICA 112	

Relatório de Alta Hospitalar
PATIENTE TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE FURÇÃO DE FEMUR INFERIOR DA ESQUERDA

Tratamento:

1. FIXAÇÃO EXTERNA DE FURÇÃO DE FEMUR INFERIOR DA ESQUERDA
2. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO: ANTI-DOLORENTES, ANTI-INFLAMATÓRIOS, ANTIBIÓTICOS (ACORDO COM O MÉDICO RESPONSÁVEL)
3. CUIDADOS DE HIGIENE E CUIDADOS DE CURA DA FERIDA (ACORDO COM O MÉDICO RESPONSÁVEL)

OBS:

RETORNO EM 15 DIAS PARA AVALIAÇÃO

Apresentar 15 dias

Condições Clínicas (no momento da Alta)

Estável, sem dor, sem febre, sem sinais de infecção

DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA ALTA

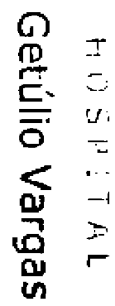
Recife, 10/08/2020

Vinicius G. Barros
Médico
CRM: 10.123.456

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV
Av. Get. San Martin, 578 - Centro - Recife - PE - 50630-000
CNPJ: 08.572.000/0001-01

Scanned with CamScanner





Secretaria de Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Facente **CLEBSON ARIOTTO DA SILVA** **10/07/2016**

FILED

Nome do Candidato	12/01/2013
Uelma de Nascimento	

References

25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858

RECEITUÁRIO

PACIENTE VITIMA DE ACCIDENTE DE TRÂNSITO COM FRATURA EXPOSTA DE FIBRA ESQUERDA E FRACTURA DE 3ª FALANGE DO DITO
COM FRATURA DE 1ª FALANGE DO DITO. COM LESÃO DE TENDÃO DE FLEXÃO DO DITO. RETIRADO MATERIAL DE FIBRA DO DITO
COM FRATURA DE 1ª FALANGE DO DITO. COM LESÃO DE TENDÃO DE FLEXÃO DO DITO. RETIRADO MATERIAL DE FIBRA DO DITO
E REALIZADO TRATAMENTO COM GESSO EXTERNO. PACIENTE EVOLUINDO COM MELHORIA DO SINTOMA. EM TRATAMENTO
SEM FISIOTERAPIA.

~~D. Luiz Moraes~~
~~Concedido 13/03/2009~~
~~Rev. 13773~~





CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR			01126639	709201243515
751834	MASCULINO	16a 9m 21d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU	



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HID: FRACTURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
INFECÇÃO DE FO

Tratamento:

31/7/19: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO LINFAR
19/08/19: TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE BLOQUEADA (DR. ALEXANDRE)
03/10/19: RETIRADA DE HASTE TM E APOSIÇÃO DE PRESTON

OBS:

RETORNO COM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DE DR LUIZ MORAES

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MEI HORADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
31/07/2019	24/10/2019

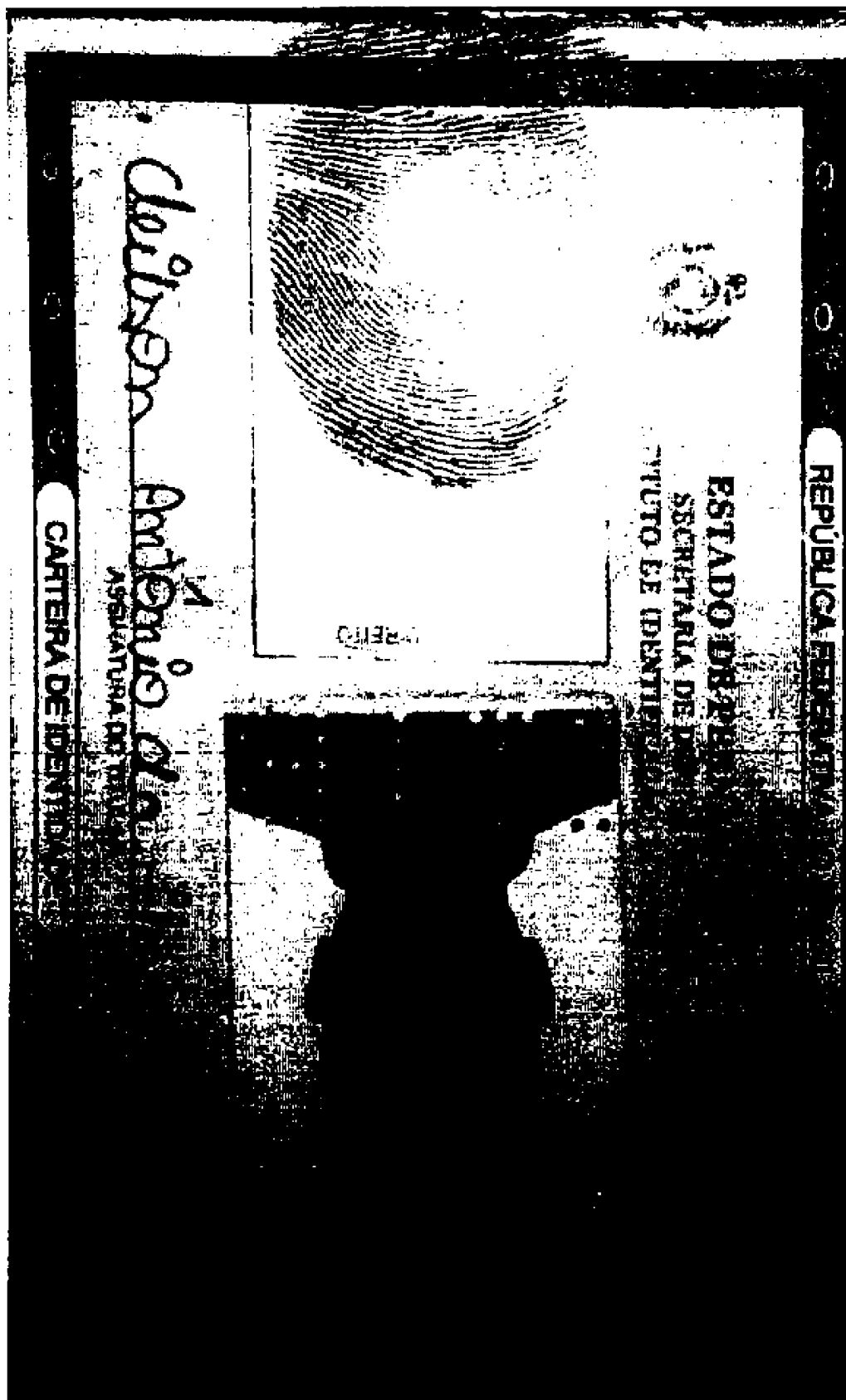
Recife, 24 DE OUTUBRO DE 2019

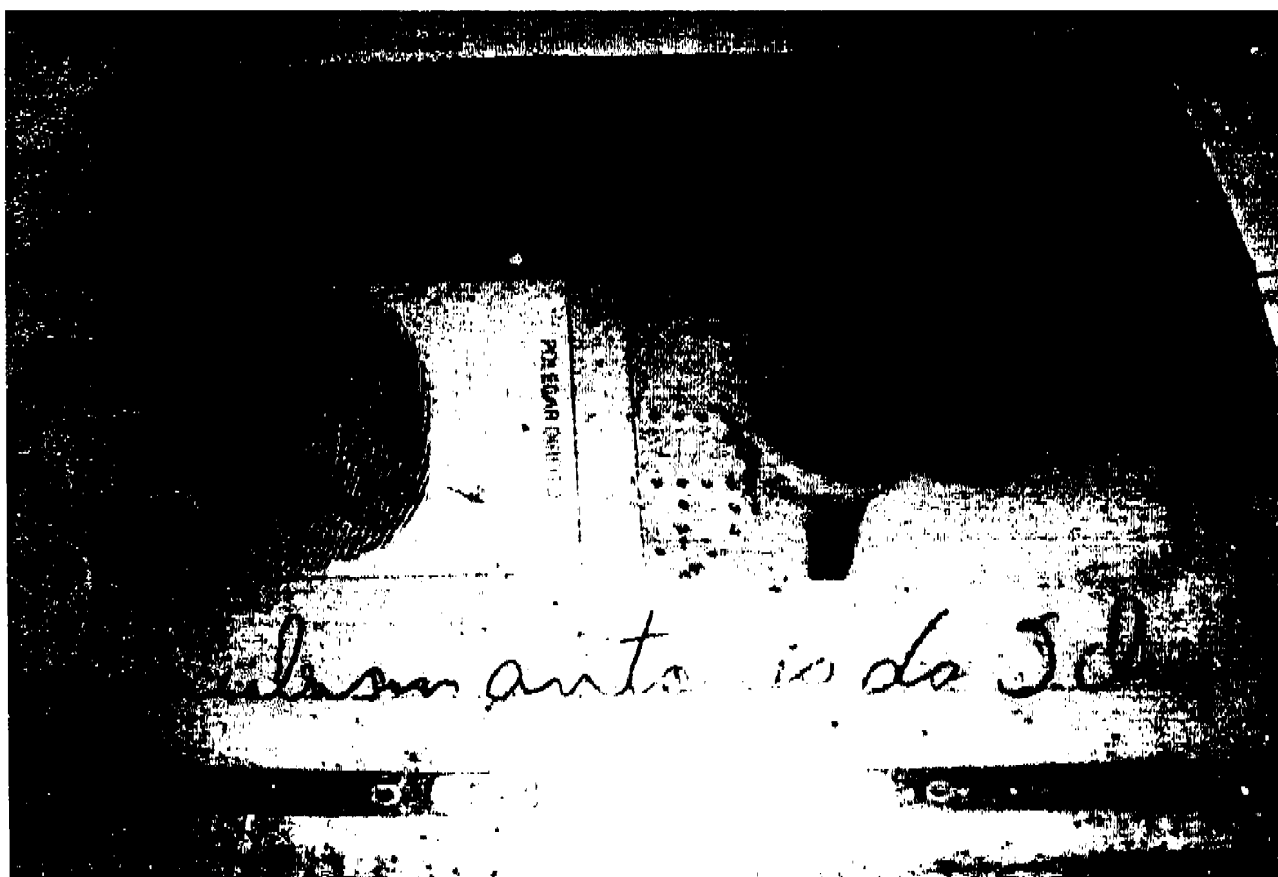
JULIANA PIVANTI - CRM: 16.27900

Drª Juliana Pivanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27.900

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, 5/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

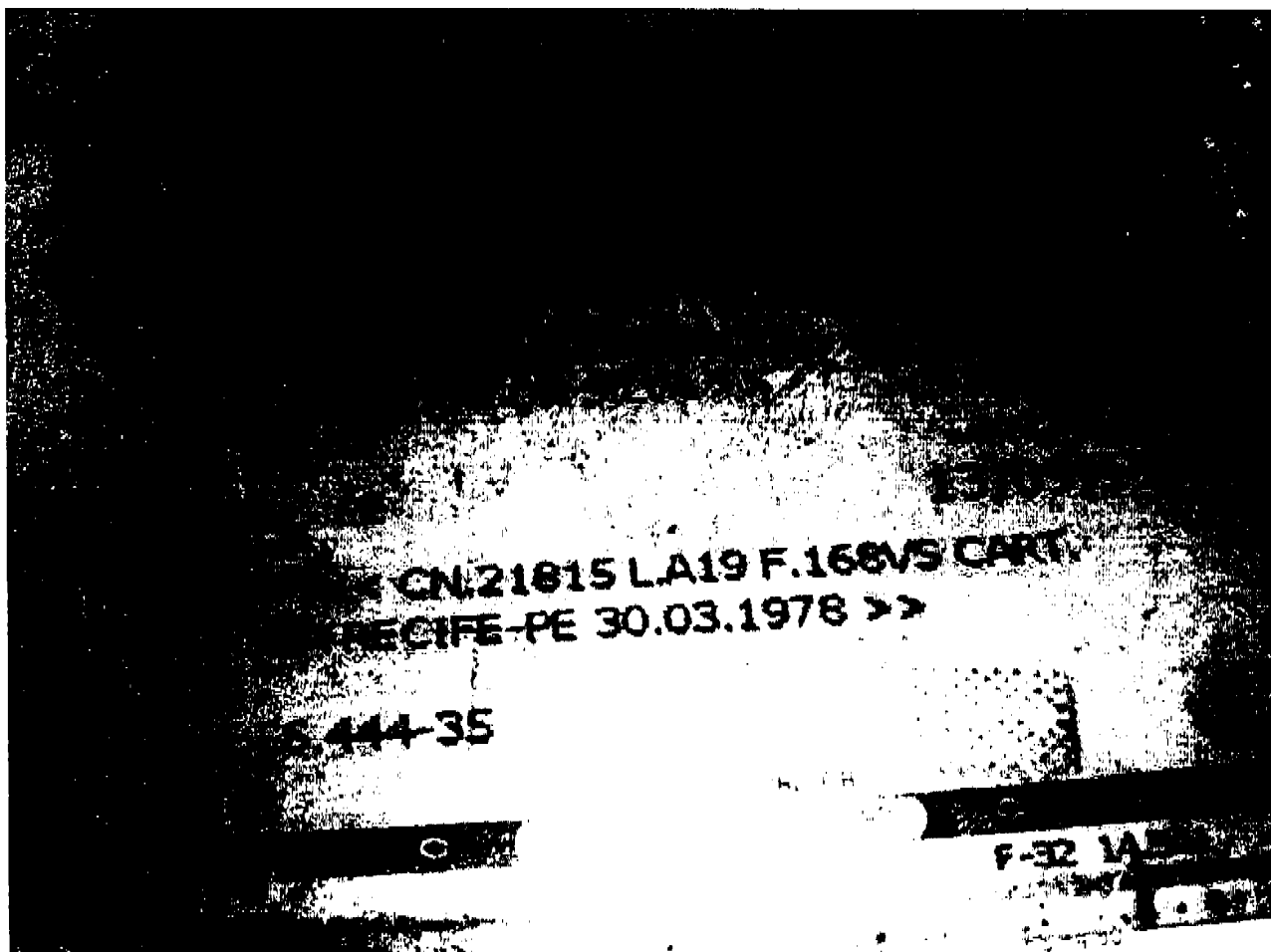






Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **032.856.444-35**

Nome: **CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**

Data de Nascimento: **13/09/1977**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **06/10/1997**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:48:32** do dia **05/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **5824.1FAB.9E03.5D64**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REGISTRO GERAL **VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

NOME 10.883.553 **DATA DE EXPEDIÇÃO** 10/08/2018

<< CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JUNIOR >>

FILIAÇÃO

<< CLEIBSON ANTONIO DA SILVA >>

<< JANAINA GOMES DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE **DATA DE NASCIMENTO**

RECIFE - PE **02/01/2003**

DOC ORIGEM **<< CN 49443 E 442 88 CART 12ºDIST**

RECIFE PE 10.01.2003

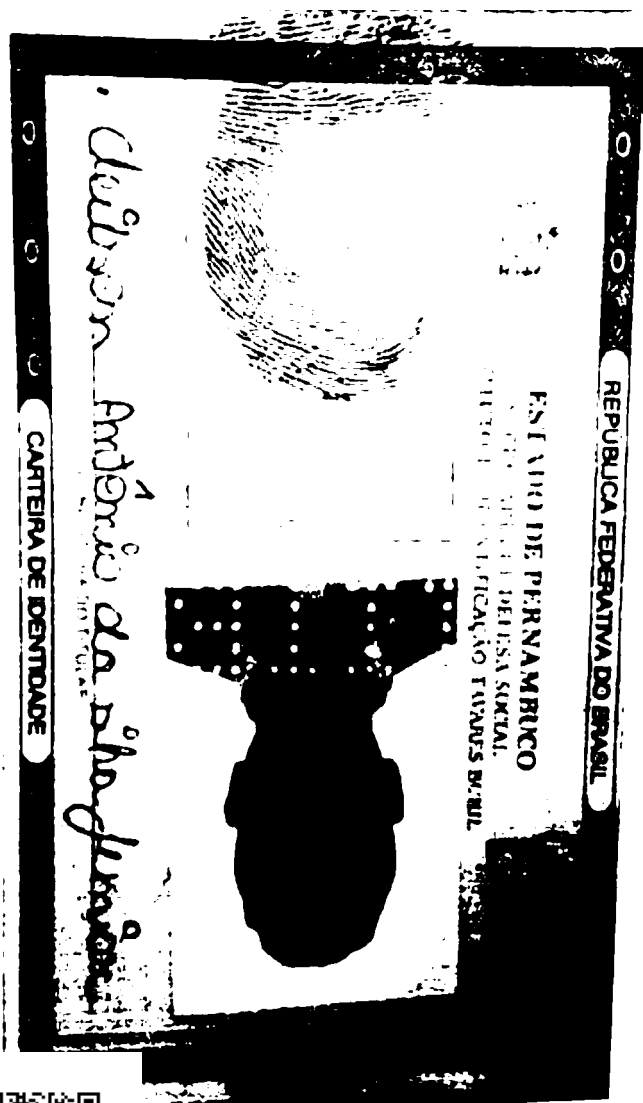
134.216.784-80

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

3681408151504 **F-01 02.652 - 3111**







RECEBEMOS DO SENADO FEDERAL
O SENADO FEDERAL

RECEBEMOS DO SENADO FEDERAL
O SENADO FEDERAL

RECEBEMOS DO SENADO FEDERAL

13/09/1977

<< CN.21815 LA19 F 168V5 CART
RECEBEMOS DO SENADO FEDERAL 30/03/1978 >>

4 35





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	<u>Antônio da Silva</u>		
Data do Acidente:	<u>30/08/19</u>	CPF da vítima:	<u>_____</u>
Portador da documentação:	<u>Genito</u>		
Classificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo portador tem a vítima é:		
Endereço do portador:	_____		
Número:	Complemento:	Bairro:	_____
Cidade:	UF:	CEP:	_____
E-mail:	_____		

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência emitido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatório (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	_____
Identidade:	_____
Assinatura:	<u>Antônio da Silva</u>

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência emitido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas com despesas hospitalares, quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias corridos a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados abaixo, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguredolider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1536 / Outras regiões: 0800 077 1704 / 045 R\$ às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	<u>29/08/19</u>
Nome:	<u>Antônio da Silva</u>
Assinatura:	<u>Antônio da Silva</u>





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3390/670011

Data da solicitação: 13/04/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Gleibson Antonio da Silva

CPF do beneficiário: 134.216.784-80

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 999440111

DDD

Tel. Comercial: ()

DDD

Tel. Residencial: ()

DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo da IMI

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Estou enviando novos documentos médicos para nova avaliação.

Recife, 13 de abril de 2020.

Local e Data

Gleibson Antonio da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT

Observação sobre beneficiário/último não afetado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).

Digitalizada com CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	<u>Antônio da Silva</u>		
Data da Acidente:	<u>30/02/19</u>	CPI da vítima:	<u>_____</u>
Portador da documentação:	<u>_____</u>		
Classificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo portador é: <u>_____</u>		
Endereço do portador:	<u>_____</u>		
Nome:	Complemento:	Bairro:	<u>_____</u>
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: <u>_____</u>
E-mail:	<u>_____</u>		

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatório (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. [pais ou tutor]

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	<u>_____</u>
Identidade:	<u>_____</u>
Assinatura:	<u>Antônio da Silva</u>

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares, quitadas
- ☐ Notas fiscais, originais e legíveis, de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. [pais ou tutor]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1535 / Outras regiões: (0800) 072 17 ou 7 Dia, 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	<u>23/03/19</u>
Nome:	<u>Antônio da Silva</u>
Assinatura:	<u>Antônio da Silva</u>

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151328

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA
JUNIOR

Data do acidente: 30/07/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM HASTE INTRA MEDULAR, EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE, SENDO RETIRADO O MATERIAL CIRÚRGICO E COLOCADO FIXADOR EXTERNO. EVOLUI COM PSEUDOARTROSE DE TIBIA. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

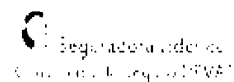
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427133/19

Número do Sinistro: 3190670011

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF: 134.216.784-80

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 30/07/2019

Titular do CPF: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR : 134.216.784-80

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: 28/01/2020
Nome: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA
CPF: 032.856.444-35

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

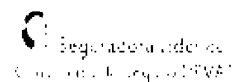
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427133/19

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF: 134.216.784-80

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 30/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA : 032.856.444-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 02/12/2019
Nome: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA
CPF: 032.856.444-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

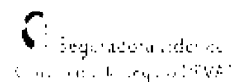
Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117800/20

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF: 134.216.784-80

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 30/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA : 032.856.444-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 17/04/2020
Nome: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR
CPF: 134.216.784-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA

