



Número: **0015310-14.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66122065	11/08/2020 11:41	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, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190405009

Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

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,

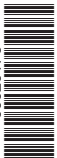
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14506436

Pag. 00351/00352 - carta_01 - INVALIDEZ

00020176





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 046.044.374-75 Nome completo da vítima: Gleydson Kleber Ventura Domingos

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

Nome completo: Gleydson Kleber Ventura Domingos CPF: 046.044.374-75

Profissão: Recebeiro Endereço: Rua Tracumbaum Número: 556 Complemento: _____

Bairro: Boa Vista Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55038-550

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.9668-4814

DADOS CADASTRAIS

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3016 CONTA: 61795

(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.

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

Local e Data: Caruaru 28/05/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 01 JUL 2019

2ª Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

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

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC DINTER/14ªDESEC.

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0180001118

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/04/2019 às 15:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 2/3/2019 às 21:48

Fato ocorrido no endereço: **RUA GUARATINGUETA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01 - Bairro: CAIÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LUIS PAULO MARTINS DA SILVA (OUTRO)
GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS



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

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDNEIDE VENTURA GOMES Pai: BERCINO DOMINGOS DA SILVA Data de Nascimento: 11/1/1985 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: RUA TRACUNHAEM - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 556 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 10/10/2000 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LUIS PAULO MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 10/10/2000 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUIS PAULO MARTINS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA YAMAHA FACTOR 150 E Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)



Placa: **PFD6334** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **267873028** Chassi: **9C6KE152080012265**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011**
Descrição: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K**

Complemento / Observação

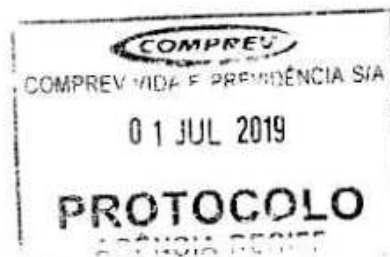
O SENHOR GLEYDSON KLEBER COMPARECEU A DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA 02/03/2018 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA NO BARRIO DO CAIUCA NA RUA GUARATINGUETA QUANDO UM VEÍCULO ATRAVESSOU A VIA DE ROLAMENTO ATINGINDO O NOTICIANTE QUE NO MOMENTO FICOU IMPOSSIBILITADO DE EVITAR O ACIDENTE, O VEÍCULO QUE CAUSOU O ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU OCORRENCIA 1903029679 E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE PTONTUÁRIO 334859. A VÍTIMA SOFREU ESCORIAÇÕES NA CLAVÍCULA E NA PERNA.

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

Gleydson Kleber Ventura Domingos

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **HILDO RIBEIRO DE ANDRADE JÚNIOR** - Matrícula: **296820-7**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 046.044.374-75 Nome completo da vítima: Gleydson Kleber Ventura Domingos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Gleydson Kleber Ventura Domingos CPF: 046.044.374-75
Profissão: Recebeiro Endereço: Rua Tracumbuem Número: 556 Complemento: _____
Bairro: Boa Vista Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55038-550
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.9668-4814

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3016 CONTA: 61795 2
(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.

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado
Local e Data: Caruaru 28/05/19
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: 01 JUL 2019
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

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

FPS.001 V001/2018

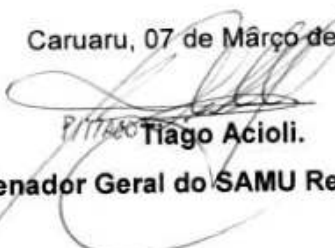


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS** portador do CPF-**046.044.374-75** e RG-7.277.813 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1903029679 do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia **02/03/2019** às **21h e 48min**, no endereço **RUA GUARATINGUETÁ, BAIRRO CAIUCÁ, CARUARU-PE**, com queixa de **ACIDENTE DE MOTO**, tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

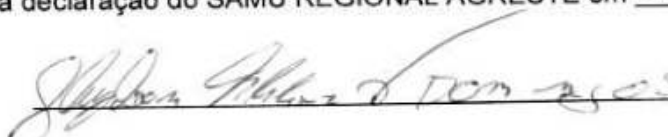
Caruaru, 07 de Março de 2019.


Thiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 07/03/19





BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000000041795-2

Nr. da Autenticação 9330E02AC0903C77



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Luis Paulo Martins da Silva

RG: 7223290, data de expedição 19/11/2013

Órgão SDS-PE, portador do CPF 077.404.774-78, com

domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua Maria Tereza, nº 06

complemento. Lote 06, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Gleydson Kleber Ventura Rominger cujo o conduto era Gleydson Kleber Ventura Rominger.

Veículo: car. motocicleta

Modelo: Yamaha - Factor YBR 125

Ano: 2010 - 2011

Placa: PFQ 6334

Chassi: 9C6KE1520B0012265

Data do Acidente: 02-03-2019

Local e data do cartório: Caruaru 25 ABR. 2019



Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU
PÇA. DO COMÉRCIO, 100 - CENTRO - CEP: 53.040-000 - TEL: (81) 3333-0000 - FAX: (81) 3333-0001

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
LUIZ PAULO MARTINS DA SILVA
seio Nº 0077073, GIG04201902.03222
dou 16. CARUARU, 25/04/2019 14:10:49 Em test. da verdade.



Maria Aparecida do Nascimento
Emolumentos R\$3,99 TSNR R\$0,80 Total a Pagar R\$4,79 G6 Op: LÍDIA
Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/satodigital



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o
Sr.(a) **Gleydson Kleber Ventura Domingos**

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, **02/03/2019 a 03/03/2019**

Registro: **334659**

Diagnostico: LAC Grau 2 a Direita.

Tratamento: Conservador .

1.OBS.:Vitima de Acidente de Trânsito.

**ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO
PACIENTE**

Caruaru 07 de Março de 2019

109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 489474 Prontuário: 334659

Nome: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
Data Nasc.: 11/01/1985 Idade: 34 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 400505119337457
Endereço: RUA TRACUNHAEM Cidade: CARUARU Estado: PE
Bairro: BOA VISTA Fone: 99463800 Profissão:
CEP: 55038550 Nome da Mãe: EDINEIDE VENTURA GOMES
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 02/03/2019 22:54 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: *Plata fratura pelo fêmur e tibia e osso (D). Fraturas
dox, fêmur e osso. Capote. Rep. Dentes dentes / dentes
gums*

Exame Físico: PA: FC: FR: *PA: 120/80 FC: 90 FR: 18*
- EC, supino, consciente, orientado, glicose 15
- Ex. neurológico: S. Allen
- Colar cervical Refracto. fr. das cervicais e palpáveis

Diag. Provisório: *LAE grau (2)*
Rx - Braço - AP
Rx - Ombro (D) - AP

Prescrição: Dieta: Horário: *Dieta: 1500 kcal*

Data	Prescrição	Horário
	<i>1) Típicos</i>	
	<i>2) Tratamento Conservador + Quiroscópio</i>	
	<i>+ Sinteria e fixação de</i>	
	<i>Ortopedia e Traumatologia</i>	

1 de 2



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 02/03/2019 22:47

	Nome Paciente:	GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	11/01/1985
	Sexo:	Masculino
	Idade:	34
	Senha:	PU0019
	Convênio:	-
Atendimento:		
SAME:		

Período: 02/03/2019 22:48 - 02/03/2019 22:51

LIDIANE FERREIRA - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: ITIMA DE COLISAO CARRO/MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. QUEIXA-SE APENAS DOR EM OMBRO D, NEGA VOMITO, DESMAIO, NEGA TER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Observação: SAMU

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P. A. DIASTÓLICA: 80.00 MMHG
- P. A. SISTÓLICA: 120.00 MMHG

Acolhido(a) por: LIDIANE FERREIRA - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/03/2019 22:51

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Georgeson Nelson Vitorino Junior

Prontuário: 334659

Data: 02 / 03 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

1) LAC Grau II à direita

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ata da 1ª reunião de 2. de março

Gerenciado com acompanhamento e acompanhamento

TRATAMENTO REALIZADO:

1) Curativo

Alta Hospitalar: Data: 03 / 03 / 19

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



C.P.F. = 046.044.374-75



PUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETMA - PE

Nº 014356558738

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

1 20/5/2020

20/5/2020

LUIS PAULO MARTINS DA SILVA

RUA SAO NICOLAU DE ALMEIDA

CASA JOAO MOTA

55010-155

077.404.744-78

PF06324

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

2010 2011

20/12/2019

20/12/2019

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

2010 2011

12/24/20

12/24/20

RESERVA

[Signature]

CHARLES ANDREWS SOUSA MENEZES

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETMA - PE

Nº 014356558738

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1 20/5/2020

20/5/2020

LUIS PAULO MARTINS DA SILVA

RUA SAO NICOLAU DE ALMEIDA

CASA JOAO MOTA

55010-155

077.404.744-78

PF06324

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

2010 2011

20/12/2019

20/12/2019

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

2010 2011

12/24/20

12/24/20

RESERVA

[Signature]

CHARLES ANDREWS SOUSA MENEZES

COMPREU
COMPREU
COMPREU

01 JUL 2019

COMPREU VIDA E PREVIDENCIA S/A

PE Nº 014356558738

LUIS PAULO MARTINS DA SILVA

ESTE E O SEU DILHENTE DO SEGURO PRIVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE 0800 100 1000

CAUARIU-PE

12/12/2019

077.404.744-78

PF06324

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

2010 2011

20/12/2019

20/12/2019

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

2010 2011

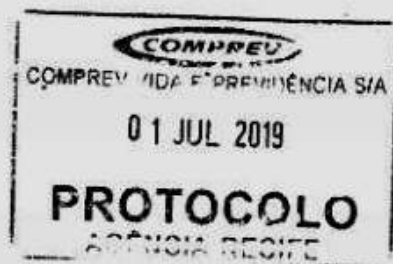
12/24/20

12/24/20

RESERVA

[Signature]

CHARLES ANDREWS SOUSA MENEZES



23/01/2019

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1378070906

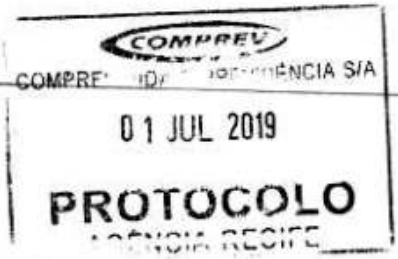
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 AV. OLO DE SANGUE 111 ED. 1007A
 RECIFE - PERNAMBUCO
 CEP: 50050-000
 CNPJ: 10.938.924/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 001584193



www.celpa.com.br

Terra Solar de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PROCTIDAO 0800 081015
 Atendimento ao cliente: 0800 0810120
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos de Energia do Estado de Pernambuco - APE 0800 727 0107
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 127
 Ligarão Grupo de Trabalho Fisco e Tributaç

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL		CONTA CONTRATO	
LUIZ BERNARDINO DOS SANTOS		05/11/2018		26/10/2018		4012404218	
ENDEREÇO		TOTAL A PAGAR		DATA DA APRESENTAÇÃO		CLASSIFICAÇÃO	
RUA MARIA TENORIO 6 - LOTE 06 - RESIDENCIAL DO CAJÁ/CARUARU - 55000-000 CARUARU PE -		R\$ 20,15		26/10/2018		RESIDENCIAL	
				NÚMERO DA NOTA FISCAL		Monofásico	
				037208918		B1	
PERÍODO CONSUMO		CONSUMO					
26/09/2018 a 26/10/2018		30					



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405009 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DOMINGOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR (GRAU II) EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405009 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DOMINGOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220224/19

Vítima: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

CPF: 046.044.374-75

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEYDSON KLEBER
VENTURA DOMINGOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS : 046.044.374-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/07/2019
Nome: GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS
CPF: 046.044.374-75

GLEYDSON KLEBER VENTURA DOMINGOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

