

---

**Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190669858**

**Vítima: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**

**Data do Acidente: 01/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**

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, 15 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190669858**

**Vítima: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**

**Data do Acidente: 01/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001038**

Conta: **0000030200-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

125.122.104-13

Nome completo da vítima:

LUIS ALAN DOS SANTOS SOUZA

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

Nome completo:

LUIS ALAN DOS SANTOS SOUZA

CPF:

125.122.104-13

Profissão:

sem p

Endereço:

Av. Os Demos

Número:

98

Complemento:

Bairro:

OSCARIA

Cidade:

SANTO ANTONIO DO CARVALHO

Estado:

PE

CEP:

55193-530

E-mail:

sem p

Tel. (DDD):

(11) 99304-6299

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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 (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1038

CONTA:

30200

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grupo 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data:

Souza (MT) (PE), 02/12/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG 29 de Dezembro

DATA: 19/09/2019

TERMINAL: 47581005

HORA: 19:07:54

CONTROLE: 475810051105

AGENCIA: 1038 - SANTA CRUZ DO CAPI

CONTA: 013.00030200-9

CLIENTE: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -  
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218003630**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/09/2019** às **19:06**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **19/09/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RODOVIA PE 160, SÍTIO CURAL PICADO - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**



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

**LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIVANIA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **31/3/1999** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10370768/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **95316526**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 95, RUA 1ª DE MAIO - OSCARZÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO(MOTO) (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDY8181** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **110249540** Chassi: **9C2JB010HR222844**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **GASOLINA**

**Complemento / Observação**

A VITIMA ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO QUANDO AO PASSAR POR UM BURACO ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDO POR UM POPULAR PARA UPA PARA PROCEDIMENTOS MÉDICO - HOSPITALAR.

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

LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA  
(VITIMA)

*Lucas Allan dos Santos Souza*

B.O. registrado por: EULINALDO BEZERRA DE LIMA - Matrícula: 319785-9





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 125.122.104-13 Nome completo da vítima: LUIS ALAN DOS SANTOS SOUZA

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

Nome completo: LUIS ALAN DOS SANTOS SOUZA CPF: 125.122.104-13

Profissão: Advogado Endereço: Rua dos Deuses Número: 98 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: OSUNZAO Cidade: SANTO ANTONIO DO CAPIM Estado: PE CEP: 55193-530

E-mail: luizso Tel.(DDD): (81) 99304-6299

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 30200 9

(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 (assinale 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítilma 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: \_\_\_\_\_ Vítilma deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítilma 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 afetado

Local e Data: Santa Cruz (PE), 02/12/19

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Luís Allan dos Santos Souza

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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.

# 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: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000030200-9

---

Nr. da Autenticação 0351F59F5B3659EF





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

JOSE JOAO DE SOUZA IRMAO

CPF: 009.777.554-10

**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA 01 DE MAIO 98

OSCARZAO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE  
55193-530

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
074329041	UNICA	21/08/2019
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/08/2019	2016203103	5582400

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7024146787	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
28/08/2019	19/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	58,27

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kVh)	66,0000000	0,77545172	51,17
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,40
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 086724223-19/08/19			0,45
Multa por atraso-NF 070435344 - 22/07/19			1,08
Juros por atraso-NF 070435344 - 22/07/19			0,37
Atualização IGPM-NF 070435344 - 22/07/19			0,14

**TOTAL DA FATURA**

58,27

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3160432003	CAT	22/07/2019	1 853,00	21/08/2019	1 919,00	30	1,00000		66,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 100 KM 12, BARRIO CORRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE  
CNPJ: 11.126.515/0001-38 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5964 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0263192 01/09/2019 14:59:02

Código: 0263882

Paciente: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

SUS

Sexo: MASCULINO D. Nasc.: 31/03/1996

Idade: 20 ANOS

RG

CPF:

Profissão: OUTROS

Filiação: Mãe: MARIA LUCIANA DOS SANTOS

Pai: JOSÉ JOÃO DE SOUZA IRMÃO

Endereço: RUA PRIMEIRO DE MAIO

Bairro: OSCAZAO

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Fone:

Pressão Arterial

120 x 80

Pulso

Temperatura

Peso:

Histórico da Doença atual

Doença tem sofrido queda  
de modo, e exacerbação pelo corpo  
e dor em ombro (E) Negro + C.E.  
Exame Físico: Garganta = 15.

Diagnóstico Provisório:

Fratura de clavícula E

Conduta:

Rx ombro E 15.49  
Voltar a IM  
medicação + curativo

Liberação do Paciente Data

Hora

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente

Em 01/09/2019 14:56h

DR. Lúcio SODRE (E) 16/09/2019

Diminuição da dor (E)

Obtenção de 6 horas

Carimbo e Assinatura do Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
SANTA CRUZ  
DO CAPIBARIBE  
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:

Alcides Allan S. Sousa

At. ortopedista

Data:

01/09/19

20918022800002 SNO  
CNS 70000622081602  
CNPJ 08.141.111-00  
CNPJ 08.141.111-00

MÉDICO

Nome:

Medicamentos:

Rg.:

Data:

MÉDICO



# FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 15:00

Doenças preexistentes: Nenhuma

Alergias: Nenhuma

Uso de medicações: \_\_\_\_\_

## CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia ( ); Cianose ( ); Estridor ( ); PC <50 > 140 ( ); FR > 32vpm ( ); Extremidades frias ( ); Pulso Fraco ( ); Pulso Ausente ( ); Sudorese ( ); PAS < 80mmhg ( ); PAD > 130mmhg ( ); Letargia ( ); Convulsionando ( ); Irresponsivo ou só resposta a dor ( ); Intoxicação exógena ( ); Sangramento intestinal ( ); Lesão grave ( ); Queimaduras > 25% de SC ou acometimento de vias aéreas ( ); Hipoglicemia com sudorese intensa ( );

OBS: \_\_\_\_\_

## CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 ( ); FC < 50 ou > 140 ( ); PAS < 90 ou > 190mmhg ( ); PAD > 130 ( ); Febre > 39°C ( ); Febre com imunodepressão ( ); Convulsão nas últimas 24 horas ( ); Mucosas ressecadas ( ); Queimaduras entre 1º e 3º graus em áreas não críticas ( ); Abuso Sexual ( ); Dor abdominal ou torácica intensa ( ); história até 72h de: Hematêmese ( ); Enterorragia ( ); Epistaxe ( ); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ( );

OBS: \_\_\_\_\_

## CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas ( ); TCE sem perda de consciência ( ); Febre sem outros sinais clínicos ( ); Lombalgia intensa ( ); Retorno com > 24h ( ); Entorse, suspeita de fraturas, quações ( ); Dor abdominal sem alterações de SSW ( ); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas ( ); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas ( ); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ( );

OBS: Referir guide de mob dor em MSG

## CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas ( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ( ); Coriza crônica ou recorrente ( ); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas > 6h ( ); Curativos ou retirada de pontos ( ); Vômitos ou diarreia sem desidratação ( ); Constipação intestinal sem outros sintomas ( ); Administração de medicamentos ( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ( );

OBS: \_\_\_\_\_

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA ( ) AMARELA ( ) VERDE ( ) AZUL ( )

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL ( ) MÉDICO ( )

02/09/2019

às 06:00

Kassian de M. S. Bezerra  
Enfermeira  
PE 476 535

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

08:25 - Relata dor torácica  
em solicito Rx torax

PA : 140x80

HGT:

SpO2 : 99%

Ass. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

Ass. E CARIMBO DO ENFERMEIRO  
Corim PE 570137



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SANTA CRUZ  
DO CAPIBARIBE**  
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## RECEITUÁRIO

Nome: Lucas Allan

Uso oral

① Naproxeno médio 550mg. ———— Ostr  
fazer os cp de 42/42h, por os  
dias.

Data: 04/09/2019

  
L. Chagas  
CRM-PE 27118 CRM-PB 11387

MÉDICO

Nome: \_\_\_\_\_ Rg.: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO

NÃO



TÃO CAR!

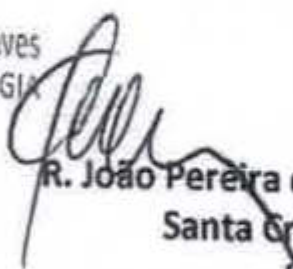
RECEITUÁRIO II

WCA > ALAR 005  
SANTO ANNA

uso diário

2) BIOFACILIS - 1 x  
um 1 c - forte

Dr. Cleanto Pio de Sales Chaves  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 16489

 09 09 15  
R. João Pereira de Abreu, 21 - Santo Antônio  
Santa Cruz do Capibaribe - PE  
(81) 3705-1754



Water 30.09.19  
rx-control

---


---

RECEITUÁRIO II

MYLUKAS ALAN  
dos Santos Louze

solução  
2) IMOBILIZAÇÃO  
EM OITO  
PARA CLAVÍCULA  
Codo: DL 370  
TAM: G -

Dr. Cleanto Pio de Sales Chaves  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 16489

 SEC 080819

R. João Pereira de Abreu, 21 - Santo Antônio  
Santa Cruz do Capibaribe - PE  
(81) 3705-1754



RUA: JOÃO PEREIRA DE ABREU, 21 - SANTO ANTÔNIO  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE  
FONE: (81) 3705-1754

SANTA ANNA II

NOME: LUCAS ALAN DOS SANTOS SOUSA

MÉDICO: DR. CLEANTO

ESPECIALIDADE: ORTOPEDISTA

PROCEDIMENTO: CONSULTA

CONVÊNIO: CARTÃO SAÚDE

VALOR: R\$ 180,00

DATA: 09/09/2019.

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014668558318

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1102496403	*****	2019

NOME  
LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

3 C CAPIBARIBE-PE

CEP	PLACA
125.122-104-10	PDY0101

PLACA ANT/LF	CHASSI
*****	9025B0T00HR222044

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/POP 110I	2016	2017

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/109CL	PARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1º *****
FAIXA LPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º *****
1	*****	3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	80.43	23/07/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

SEM VALIDO POR TRANSFERENCIA

Assinado por: *Roberto Carlos*

3 C CAPIBARIBE-PE	DATA
	29/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190669858 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 01 07 //

**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 completo - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190669858 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 01 07 // 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



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427003/19

**Vítima:** LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

**CPF:** 125.122.104-13

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/09/2019

**Titular do CPF:** LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA : 125.122.104-13**

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](http://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: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA  
CPF: 125.122.104-13

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

\_\_\_\_\_  
LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

\_\_\_\_\_  
Steffany Carolyn Lins Veloso