



19/08/2020

Número: **0010767-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66602986	19/08/2020 16:37	ANEXO 3	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, 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,

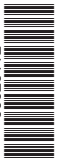
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15181576

Pag. 00223/00224 - carta_01 - INVALIDEZ

00020112





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, 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.

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

125.122.104-13

Nome completo da vítima:

WILSON 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:

Profissão:

Salário:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1038

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

30200

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 à 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:

Grav 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 (ou nascido)?

☐ 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 obrigatória

Local e Data:

Souza (MT), 02/12/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º 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 RGO, 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

Scanned by CamScanner





AUTO-ATENDIMENTO - AG 29 de Dezembro

DATA: 19/09/2019

TERMINAL: 47581005

HORA: 19:07:54

CONTROLE: 475810051105

AGÊNCIA: 1038 - SANTA CRUZ DO CAPI

CONTA: 013.00030200-9

CLIENTE: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

Scanned by CamScanner





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 (VÍTIMA)

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** Nacionalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10370768/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **95316526**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 98, RUA 1º DE MAIO - OSCARZÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: 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

Scanned by CamScanner



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: ☐ DAMS (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 ALLAN 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 ALLAN DOS SANTOS SOUZA CPF: 125.122.104-13

Profissão: Advogado Endereço: Rua dos Almeida Número: 98 Complemento: _____

Bairro: Osunzão Cidade: Santa Cruz 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

RENTA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 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 elevação 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 5.194/74, 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 ☐ Sepando judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítiima 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: _____ Vítiima deixou nascituro (nã nasceu)? ☐ Sim ☐ Não Vítiima 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.

Local e Data: Santa Cruz do Capim, 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 RGO, 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

Scanned by CamScanner

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
074328041	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

Scanned by CamScanner





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

03

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 100 KM 12, BAIRRO CORRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE
CNPJ: 11.186.515/0001-38 CNES: 7764430 FONE: (81) 309902-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

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

Código: 0268852

Paciente: LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

SUS

Sexo: MASCULINO

D. Nasc: 31/03/1999

Idade: 20 ANOS

RG:

CPF:

Profissão: OUTROS

Filiação: Mãe: MARIA LUCIVANIA DOS SANTOS

Pai: JOSÉ JOÃO DE SOUZA IRMÃO

Endereço: RUA PRIMEIRO DE MAIO

Bairro: OSCAZAO

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 120 x 80

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Doença tem sofrido queda
de novo, e escorregou pelo corpo
e dor em ombro (E) Negro + C6.
Exame Físico: Glasgow = 15.

Diagnóstico Provisório:

Fratura de clavícula E

Conduta:

RX ombro E 15.49
Votares IM
tupiza + curativo

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Em 14/09/2019 14:56h

1) SK Lato 500 ml (E) 16/09

2) Dipirona 500 mg (E) 16/09

3) Obtenção por 6 horas

Carimbo e Assinatura do Médico

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:

Lucas Allan S. Sousa

Av entopedista

Data:

01/09/19

CNS 70000623081609
CNS 70000623081609
CNS 70000623081609

MÉDICO

Nome:

Medicamentos:

Rg.:

Data:

MÉDICO

Scanned by CamScanner



FICHA DE ATENDIMENTO

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

Doenças preexistentes: neg

Alergias: neg

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 quadro de infarto de miocárdio M56

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

Assinatura de M. S. Bezerra
Enfermeiro
EN PE 476 535

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

08:25 - Relata dor torácica
em solicito Re torax

PA : 140x80

HGT:

SpO2 : 99%

Assinatura de M. S. Bezerra
Enfermeiro
EN PE 476 535

Assinatura de M. S. Bezerra
Enfermeiro
EN PE 476 535

Scanned by CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Lucas Allan

Uso oral

① Niquexa no máximo 550mg — 03x
fazer os qd de 42/42h, por os
dias.

Data: 04/09/2019

Angela Maria L. Chagas
CRM 4º E 2711 CRM-PB 11387
MÉDICO

Nome: _____ Rg.: _____
Medicamentos: _____

Data: ____/____/____

MÉDICO

Scanned by CamScanner



NÃO



TAO CAR!

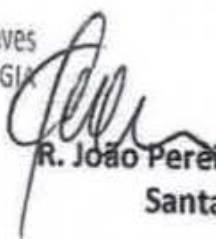
RECEITUÁRIO II

WCAZ ALAR OS
SANTO ANNA

uso diário

2) BIOFLAC 15 - 1 x
um 1 - 1 x

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

Scanned by CamScanner



data 30.08.19
rx - controle

Scanned by CamScanner



RECEITUÁRIO II

MYLUKAS ALAN
dos Santos Souza

2) Solicito
IMOBILIZAR O OMBRO
EM OITO
PARA CLAVÍCULA
Cód: DL 370
TAM - G -

Dr. Cleandro Pio de Sales Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 16489

 09/08/19

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

STA'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 VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1102496402 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
LUCAS ALLAN DOS SANTOS SOUZA

3 C CAPIBARIBE-PE

125.122.104-12 PLACA PDY8181

PLACA ANT/LI ***** CHASSI 9C25B0100HR222844

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

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

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

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

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 80.43 DATA DE PAGAMENTO 22/07/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
VALIDO PARA TRANSFERENCIA

3 C CAPIBARIBE-PE DATA 29/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

Scanned by CamScanner



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 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

