



Número: **0066309-05.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
UBIRATAN DA SILVA BARROS (AUTOR)	RUTH RODRIGUES COSTA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67842 958	11/09/2020 16:14	<u>ANEXO 1</u>	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, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270837

Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), UBIRATAN DA SILVA BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

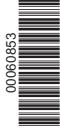
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01705/01706 - carta_03 - INVALIDEZ



00060853

Carta nº 14191841



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:14:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116142614900000066543176>
Número do documento: 20091116142614900000066543176

Num. 67842958 - Pág. 1



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 Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270837 Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 02/01/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), UBIRATAN DA SILVA BARROS

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, contados 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 n° 14193532



Pag. 01353/01354 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:14:26
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009111614261490000066543176>
Número do documento: 2009111614261490000066543176

Núm. 67842958 - Pág. 2



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 Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270837

Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), UBIRATAN DA SILVA BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00109/00110 - carta_03 - INVALIDEZ



00060055

Carta nº 14263520



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:14:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116142614900000066543176>
Número do documento: 20091116142614900000066543176

Num. 67842958 - Pág. 3



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, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190270837 Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS
Data do Acidente: 02/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), UBIRATAN DA SILVA BARROS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01917/01918 - carta_04 - INVALIDEZ



00070959

Carta nº 14411085



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:14:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116142614900000066543176>
Número do documento: 20091116142614900000066543176

Num. 67842958 - Pág. 4



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: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: UBIRATAN DA SILVA BARROS CPF: 024.099.994-09
 Profissão: Recepcionista Endereço: RUA CANELANA Número: 15 Complemento:
 Bairro: Torres Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50.660-290
 Tel.(DDD): (81) 9881-9625
 E-mail: RECIFECARPIKA@HOTMAIL.COM

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

DADOS CADASTRAIS
 RENDA 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 (003) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0679 CONTA: 00021901
 (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 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.

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 Lider 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: 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: Sim Não Vítima deixou: Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

10 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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 RODO, 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.

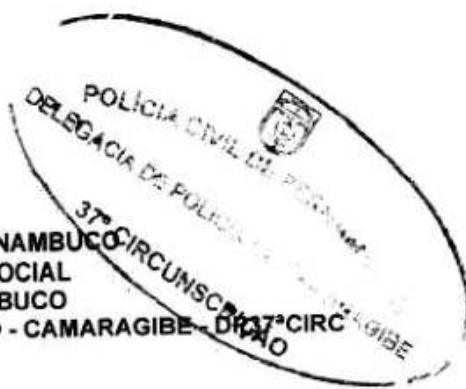
.001 V001/2018





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:14:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116142614900000066543176>
Número do documento: 20091116142614900000066543176

Num. 67842958 - Pág. 6



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 37ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DR. 37º CIR^{CO}
DIM/9º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0127002348

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/04/2019 às 10:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/1/2019 às 09:45**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, DE FRENTÉ AO SUPERMERCADO ASSAI** - Bairro: **CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SILVIO (AUTOR / AGENTE)
ROGERIO CEZAR DE OLIVEIRA (OUTRO)
JADSON EVERTON DA S NUNES (OUTRO)
UBIRATAN DA SILVA BARROS (VITIMA)

COMPREV VIDA E PROVIDÊNCIA S/A

10 ABR 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): UBIRATAN DA SILVA BARROS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SILVIO

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

UBIRATAN DA SILVA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **ZILMA MARIA DA SILVA**
Pai: **AIRDÉS DA SILVA BARROS** Data de Nascimento: **18/10/1976** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CANDELARIA, 45 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORROES - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

JADSON EVERTON DA S NUNES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMARAGIBE, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROGERIO CEZAR DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PARAGUASSU, 211 - CEP: 55000-000 - Bairro: CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JADSON EVERTON DA S NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UBIRATAN DA SILVA BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

04/04/2019 10:40



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

Placa: **NOC2041** (PERNAMBUCO/JABOATAO DOS GUARARAPES) Renavam: **452757053**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

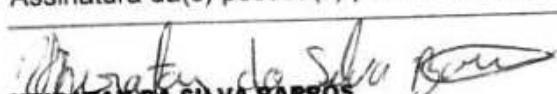
VEICULO CLASSIC (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROGERIO CEZAR DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGR0617** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1000014794** Chassi: **8AGSU19F0ER161721**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO A SUA MOTO NA FAIXA DA ESQUERDA, SENTIDO RECIFE/CAMARAGIBE, QUANDO O VEICULO QUE VINHA NA FAIXA DA DIREITA, PARA ENTRAR NO SUPERMERCADO ASSAI, VIROU A ESQUERDA, ATINGINDO A VITIMA. A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO PROPRIO CONDUTOR DO CLASSIC, QUE SE IDENTIFICOU COMO SILVIO, PARA A UPA CAXANGA. SENDO LOGO APÓS, TRANSFERIDO O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, SENDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO. A VITIMA TEVE LUXAÇÃO DO METATARSO FALANGICA 5 PDD. NO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, A VITIMA TEVE COMO NUMERO DE PRONTUARIO 1076814 E ATENDIMENTO 3284143.

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


UBIRATAN DA SILVA BARROS
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matricula: **272840-0**



04/04/2019 10:41





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 037ª CIRCUNSCRICAO - CAMARAGIBE - DP37ºCIRC
DIM/9ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0127003310

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2019** às **17:49**

Completa o BO Número: **19E0127003307**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/1/2019** às **09:45**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, AN. BELMINIO CORREA EM FRENTE AO SUPERMERCADO ASSAI** - Bairro: **CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALEXANDRE DE FRANÇA GOMES (OUTRO)
MARCIO JOSE SOARES DA SILVA (OUTRO)
UBIRATAN DA SILVA BARROS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): UBIRATAN DA SILVA BARROS

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

UBIRATAN DA SILVA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILMA MARIA DA SILVA**
Pai: **AIRDÉS DA SILVA BARROS** Data de Nascimento: **18/10/1976** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4892060/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 982819625**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RECIFE, 45, RUA CANDELARIA 45, TORRÕES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALEXANDRE DE FRANÇA GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAO INFORMADO**
Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Profissão: **TECNICO (OUTROS)** Telefones Fixos: **- 34456435**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 159, RUA MAXIMINIO BUARQUE DE GUSMÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAO INFORMADO** Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARCIO JOSE SOARES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

10/05/2019 17:42



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

VEICULO I (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIO JOSE SOARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UBIRATAN DA SILVA BARROS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NOC2041** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2ND0910CR002180**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO II (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**

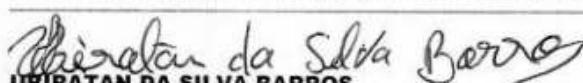
Cor: **OUTRA COR** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGR0617** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

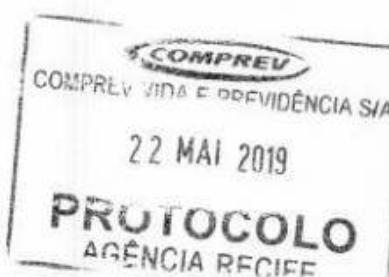
Complemento / Observação

INFORMA VÍTIMA QUE: VINHA CONDUZINDO O VC I E NO LOCAL EM REGISTRO O VC II AO FAZER UM RETORNO EM LOCAL PROIBIDO ATINGIU A LATERAL DIREITA DA MOTOCICLETA. A VITIMA SOFREU LESÃO NO PÉ DIREITO E FOI CONDUZIDA PARA A UPA DA CAXANGÁ. É O FATO DESTE B.O.

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


UBIRATAN DA SILVA BARROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**



10/05/2019 17:42



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:14:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116142614900000066543176>
Número do documento: 20091116142614900000066543176

Num. 67842958 - Pág. 10



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:	Nome completo da vítima:		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: UBIRATAN DA SILVA BARROS		CPF: 824.099.994-09 Número: 95 Complemento:		
Profissão: Pescador	Endereço: RUA CANELAMA	Estado: PE	CEP: 50.660-290	Tel.(DDD): (81) 9881-9625
Bairro: TOMBO	Cidade: RECIFE			
E-mail: RECIFECARPIKA@HOTMAIL.COM				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 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 (003) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0679 CONTA: 00021901
 (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 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.

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

MORTE
 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 Lider 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: 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: nascer ou (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou: pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

10 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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 RODO, 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.

.001 V001/2018





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

		Atendimento: 3284143	Prontuário: 1076814
Nome: UBIRATAN DA SILVA BARROS		Nome Social:	
Data Nasc.:	18/10/1976	Sexo:	MASCULINO
CPF:	RG:	Cor:	PARDA
Endereço: RUA VINTE TRES DE ABRIL		CNS:	898050064036814
Bairro: TORROES	Cidade: RECIFE		Nº: 60
CEP: 50640450	Fone: 558187044210	Celular:	Estado: PE
Acompanhante:	Profissão:		
Nome da Mãe: ZILMA MARIA DA SILVA			
Nome do Conjugue:			
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			

*HOF
Nasceram de petróleo
4/03/03
DB 03/03/03*

2 - ATENDIMENTO Data: 02/01/2019 16:20 Médico: MEDICO PLANTONISTA

2 - ATENDIMENTO

Planning election

Exame Físico: PA: **FC:** **FR:**

Diag. Previsório:

Prescrição: **Diário:**

Horário

Beta

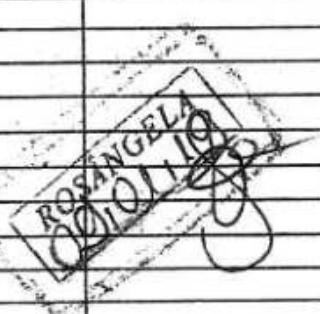
COMPREV

10 ABR 2019

10 MAY 2000

1 de 2

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

reduzindo o Padrão Administrativo da UPA do Parque
16:52h EAA, presidente, fui todo, apesar de
ele não terem dito zero,
é só pra indicar, eliminando
qualquer expectativa, quando
não é, não é só o que realmente
houve, é só,

~~6~~ 121

Termo de Responsabilidade da Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____ / ____ / _____

Autorização de Procedimento

COMPREH

() Paciente () Familiar

Normal

PG:

Endereço:

Tel:

Procedimento:

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFF

Assinatura

Diag. Definitivo.

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

— 11 —

(1) Curado, (2) Melhorado, (3) Inalterado, (4) Pior

Data: [REDACTED] Month: [REDACTED] Year: [REDACTED]

02/01/2019 16:20:31
3 of 3

Usuario do Atendimento
POSIOMETRICO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO
Estrada do Barbalho, 889, Iputinga , 50690-900

Remessa
Econômica
9912322248/2013-DR-PE
Detran/PE
Correios

UBIRATAN DA SILVA BARROS
RUA CANDELARIA , 000045
TORROES
50660-290 RECIFE PE

Data de Postagem
27/02/2019

Mais informações no site
www.detran.pe.gov.br

AR

D2302215101-19-1/144

BG824948476BR



NOTIFICAÇÃO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE

No caso de Recurso, é necessário trazer a documentação listada abaixo. As informações apresentadas estão sujeitas às penalidades previstas pelo artigo 299 do Código Penal.

Original e cópia, ou cópia autenticada:

- Documento oficial de identificação com foto, CPF, em bom estado de conservação e que permita identificar o proprietário do veículo. Confira as regras para os documentos de identificação no site www.detran.pe.gov.br.
- Cartão de CNPJ dentro do prazo de validade, no caso de Pessoa Jurídica.
- Certificado Nacional de Habilitação (CNH) ou Permissão Para Dirigir (PPD).
- Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRLV).
- Notificação de autuação ou documento equivalente.
- Comprovante de residência com, no máximo, 90 (noventa) dias de expedido, com base nas informações disponíveis no site www.detran.pe.gov.br.
- Comprovante de poderes do representante da Pessoa Jurídica, se for o caso.

ORIGINAL:

- Requerimento com todas as informações do veículo, do proprietário e/ou condutor, da infração e contendo a descrição da solicitação. O modelo desse requerimento está disponível no site www.detran.pe.gov.br.
- Procuração particular, quando for o caso, com firma reconhecida.
- Boleto de infração quitado, no caso de solicitação de reembolso.

Importante: Trazer também original e cópia ou cópia autenticada do documento oficial de identificação/CPF do Procurador, se for o caso.

ATENÇÃO

Mantenha o endereço atualizado junto ao DETRAN-PE. Quem deixa de receber notificações do Órgão, devido ao endereço desatualizado, será considerado notificado, para todos os efeitos. Deixar de atualizar o endereço é infração leve (Artigo 241 do Código de Trânsito Brasileiro).

COMPREV
COMPRA E VENDA DE VEÍCULOS S/A
1º ABR 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Fone/fax: 0320-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

Capital e regiões metropolitanas: 021 2299-1111 | São Paulo: 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvifone: 0800 021 91 35

Eu, Marcio José Soares de SIlva

RG nº 5918820 data de expedição 1 / 1 /

Órgão SSP/PE , portador do CPF nº 051 995 984/14

com domicílio na cidade de PEKÍBO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ESTRADA DO RURADO nº 04

complemento RACA declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Urbano da Silva, cujo o condutor era

URBANAS DA SILVA BANOS

Véiculo: Moto oculta Modelo: Honda XRE 300 Ano: 2011

Placa: NOC 2041 Chassi: 9C2LN70910CR002180

Data do Acidente: 02/01/2019

Local Data:

Local

29/09/19 To Sir Pco

Journal of Democracy

~~Assinatura no Conduutor~~

(caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 1º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - REC
Reconhecido por AUTENTICIDADE à firma de
MARCELO JOSÉ SOARES DA SILVA
que reconhece: o público em meuscrituração (DNI N.
Resc. de 26 de abril de 2019 10:51:17.
Em nome: _____ (se ressalta)
Gleka Magalhães (Assinatura) (scrittofato)
Faz: R\$ 3,99 TSMR RS D.J.D. Total: R\$ 1,75
Data: 0023478 YYY4031902.02687

Colégio José Monteiro de Oliveira
Delegado
Substituto
Av. Presidente Vargas, 222 - Centro - Petrópolis - RJ
C.P. 50.900-000 - Fone: (011) 223-5100

FCOMPREV
COMPRESA E PREVIDÊNCIA S/A

02 MAI 2019

**PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE**





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

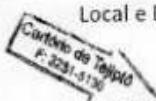
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Marcio Jose Soares do Silveira,
RG nº 5918820, data de expedição 1/1/1,
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 051 995 984 14
com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ESTRADA DO RURADO, nº 04,
complemento RACA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Urbanian da Silva, cujo o condutor era
Urbanian da Silva Barros.

Veículo: MOTOCICLITA Modelo: Honda/XRE 300 Ano: 2011
Placa: NOL 2041 Chassi: 9CLN00910CR002180
Data do Acidente: 02/01/2019

Local e Data:

29/09/19 ToSiPro



Assinatura do Declarante

Marcio Jose Soares do Silveira

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 1º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
Rua 5 de Julho, 229 - Térreo - CEP: 50000-010 - Fone: (81) 3251-5136

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de

MARCIO JOSE SOARES DA SILVA

que conste c. o pedido reg. neste cartório. Dto N.º:

Rec. N.º: 29 de abril de 2019 10:54:12

Fim testem. da verdade.

Gilda Magalhães Ferreira (Testem.)

Emol. R\$ 3,99 - ISR: R\$ 0,80 Total: R\$ 4,79

Sez: 0073478.YYE04201902.02687

Consulta autenticada em: www.tpe.jus.br/autenticacao

Cartório José Monteiro da Silveira
Delegado
Catóope, José Monteiro da Silveira
Substituto:
Gilda Magalhães Ferreira (Testem.)
Emol. R\$ 3,99 - ISR: R\$ 0,80 Total: R\$ 4,79
Sez: 0073478.YYE04201902.02687
P-50 930-010 - Fone: (81) 3251-5136

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

22 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3284143 Prontuário: 1076814
 Nome: UBIRATAN DA SILVA BARROS Nome Social:
 Data Nasc.: 18/10/1976 Idade: 42 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG:
 CNS: 898050064036814
 Endereço: RUA VINTE TRES DE ABRIL Nº: 60
 Bairro: TORROES Cidade: RECIFE Estado: PE
 CEP: 50640450 Fone: 558187044210 Celular:
 Acompanhante: Profissão:
 Nome da Mãe: ZILMA MARIA DA SILVA
 Nome do Conjugue:
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 02/01/2019 16:20 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Planning election

Exame Físico: PA: **FC:** **FR:**

Dico. Prende Águas

Prescrição: **Diário:**

Horário

84

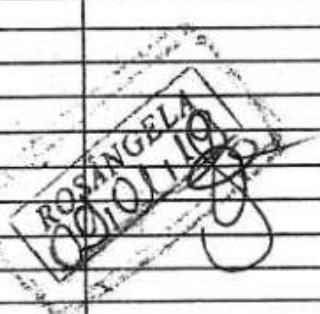
COMPREV

10 ABR 2019

• 6 MAY 2000

1 of 2

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

02/01/19 Paciente Admitido da UPA de Vila Nova
16:52 h Fogo, constante, duradoura, apertada
dor no lado esquerdo, quando sentado,
dura 12 horas, eliminação
fisiológica esperada, constante
não é diafórica, não melhora com
HAB e D.M., não melhora com medicamentos.

60 kg
170 cm
121

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____ / ____ / _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

COMPREV

Paciente Familiar

Nome: _____

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

RG: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Procedimento: _____

10 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: _____ Internamento _____

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

02/01/2019 16:20:31
2 de 2

Usuario do Atendimento
ROSINETEBDS





UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5589814
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: VIBIRATAN M SICILA BANOS Idade: 42

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: RECIFE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Incidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do Cinto: S() N()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhos () Agente Causador: _____

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____

Mecanismos do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Atropelamento FR - 11.5.2019

PEC: _____

Hipótese Diagnóstica: Tumor ósseo S. S. P. O.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x _____

Vias Aéreas: FR _____ Disponéla S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()

Sibilos Exploratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()

Distúrbio: Fala/Choro: S() N()

Agitação Psicomotora: S() N() Lesão de Face: S() N() Retratação Xifóide: S() N()

Perfusão Periférica: Boa () Lenificada() Bulhas Cardiacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arrítmico () Fisiiforme () Fino ()

Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()

Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

10 ABR 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

A.O.HOF - SERIA 5589814



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta() Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Abertura Ocular Espontânea	4	Orientado	5
Abertura Ocular a Voz	3	Confuso	4
Abertura Ocular a Dor	2	Resposta Inapropriada	3
Sem Abertura Ocular	1	Sons Incompreensíveis	2
		Sem resposta Verbal	1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Mioses ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença se sangramento Externo: S() N()

Lesões Intra-Torácica: S() N() Fratura Pélvis S() N()

Lesões Intra-Abdominais: S() N() Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou Outras Drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Loló() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança Perfume() Anfetamina() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Antibioticotерapia: S() N() Especificar:

Infusão de Fluidos: S() N() Especificar

Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()

Volume de Fluidos Infundido:

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Outras Condutas:

Entubação Orotraqueal: S() N()

Intecorrências:

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TT - CIRURGICO

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: /HOSP. HU OFICIO - 26 FEVEREIRO

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Médico Assistente

COMPREV

HORA DE DOCUMENTAÇÃO

10 ABR 2019

0251.18 DR. SILVIO MULCA
ORTOPEDISTA

PROTOCOLO
GÊNCIA RECIFE



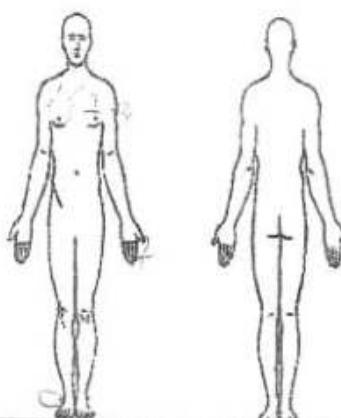


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERÍODO TRANS-OPERATÓRIO

SAE 01 - 001

EXAMES ANATOMOPATOLOGICO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
DESTINO DA PEÇA ANATÔMICA	SOLICITADO POR: _____	
NOME DA PEÇA:	IDENTIFICADO POR: _____	
CULTURA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
	TIPO DO MATERIAL:	

01	ELETRODOS
02	PLACA NEUTRA/BISTURA
03	PA NÃO-INVASIVA
04	PA INVASIVA
05	CATETER PERIFERICO
06	CATETER CENTRAL
07	OXIMETRO
08	COXIM
09	INCISÃO CIRÚRGICA
10	DRENO TIPO
11	GARROTE PNEUMÁTICO
12	GESSO LOCAL
SNG POR:	
SVD POR:	



SANGUE E HEMODERIVADOS

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE
CH	
CP	
PF	

CONFERÊNCIA	DC	TC
CONTAGEM DE COMPRESSAS		
CONFERÊNCIA	IC	TC
NÚMERO DE INSTRUMENTAIS		

LEGENDA: DC - DURANTE A CIRURGIA
IC - INÍCIO DA CIRURGIA
TC - TÉRMINO DA CIRURGIA

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

RISCO DE LESÃO	ANSIEDADE
INSTALAR COUXINS	OFERECER APOIO EMOCIONAL
PROTEGER PROVENIENCIAS OSSEAS	EXPLICAR PROCEDIMENTOS
PROMOÇÃO DE CONFORTO	
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	RISCO PARA DISTERMIAS
OBSERVAR SINAIS DE CIANOSE	ATENTAR PARA VALORES DE TEMPERATURA
COMUNICAR ALTERAÇÕES Á EQUIPE	AQUECER QUANDO NECESSARIO
	ATENTAR PARA RISCO DE HIPERTERMIA MALIGNA
RISCO DE INFECÇÃO	RISCO DE VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTES
LAVAGEM CORRETA DAS MÃOS	ATENTAR PARA SOLICITAÇÃO DE HTF
PROMOVER TÉCNICAS ASSEPTICAS	OBSERVAR SUPRIMENTO DE SOLUÇÕES EM SO
CONFERIR ESTERILIDADE DOS MATERIAIS	
RISCO PARA QUEIMADURA DE PLACAS DE BISTURI	OUTROS:
COLOCAR A PLACA DE BISTURI BEM ADERIDA	
CUIDAR PARA A PLACA DE BISTURI NÃO CAIR DURANTE Á CIRURGIA	

OBS: GRifar DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM ADEQUADO AO PACIENTE.

CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA Á ASSISTÊNCIA Á SAÚDE

	USO DE EPI'S	DESINFECÇÃO DAS MÃOS	ASSEPSIA DO SÍTO CIRÚRGICO	ATB PROFILÁTICA	PARENTELAÇÃO	CONTROLE E PROCESSO ESTERILIZAÇÃO
CONFORME	✓	✓	✓		✓	
NÃO CONFORME						✓
ENCAMINHADO PARA:	<input checked="" type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> SETOR DE ORIGEM					
ESTADO GERAL DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> ACORDADO <input type="checkbox"/> SEMI NARCÓSE <input type="checkbox"/> NARCÓSE	<input type="checkbox"/> INTUBADO <input type="checkbox"/> EXTUBADO	<input type="checkbox"/> VENÔCLISE PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> VENÔCLISE CENTRAL	<input type="checkbox"/> DRENO PENROSE <input type="checkbox"/> DRENO LAMINAR <input type="checkbox"/> DRENO SUÇÃO	<input type="checkbox"/> DRENO KHER <input type="checkbox"/> DRENO TORÁXICO	

ENFERMEIRO COREN: *Laís Aguiar*
COREN-PE: 111111111111111111

COMPREV
COMPREV VIDA F PREVIDÊNCIA S/A

10 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE
HOF1079

Rua Aprígio Guimarães, S/N – Tejipió,
Recife – PE
CEP 50920 – 640
Fone: 31828500





**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERÍODO TRANS-OPERATÓRIO**

SAE 01 - 06

CHECAGEM DO TRANS-OPERATÓRIO

PREENCHIMENTO PELO ENFERMEIRO DO BLOCO CIRÚRGICO

RESOLUÇÃO COFEN - 272/2003 - Revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009
BLOCO CIRÚRGICO GERAL BLOCO CIRÚRGICO TRAUMATOLOGIA

DATA: 02/01/19

PACIENTE: Leônidas da Silva Ribeiro DATA NASC.: 18/01/66 REGISTRO: 106714 ATEND.: 2009116142614900000066543176
PULSERA DE IDENTIFICAÇÃO SIM NÃO POSTO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

CIRURGIA PROPOSTA: _____ ANESTESIA PROPOSTA: _____
DATA DA CIRURGIA: 01/01/19 HORÁRIO: M T

CONHECIMENTO DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SIM
 NÃO

CHECKLIST DE ADMISSÃO

- CHECAGEM MATERIAL CONSIGNADO _____ SIM NÃO
- CHECAGEM EQUIPAMENTO _____ SIM NÃO
- CONFIRMAR A RESERVA DE SANGUE _____ SIM NÃO
- TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO _____ SIM NÃO
- TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO _____ SIM NÃO
- DEMARCAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO _____ SIM NÃO
- PRONTUÁRIO COMPLETO _____ SIM NÃO
- EXAMES LABORATORIAIS CONFERIDOS _____ SIM NÃO
- EXAMES DE IMAGEM _____ SIM NÃO
- ACESSO VENOSO PÉRVO _____ SIM NÃO
- ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA _____ SIM NÃO
- CONFIRMADO JEJUM ADEQUADO - QUANTAS HORAS: 2hs SIM NÃO
- CONFIRMADO AUSÊNCIA DE PROTESE/ROUPA ÍNTIMA/ADORNOS _____ SIM NÃO

Funcionário responsável pelo transporte do paciente ao Bloco Cirúrgico Enfermagem: _____ Maqueiro: _____

Funcionário responsável pelo recebimento do paciente e checagem das conformidades trans-operatória

Enfermagem: _____

ANESTESIA REALIZADA: GERAL PERIDURAL RAQUI BLOQUEIO LOCAL SEDAÇÃO
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Lúcio HORÁRIO DE INÍCIO: _____ HORÁRIO DO TÉRMINO: _____

CIRURGIA REALIZADA: _____ CIRURGÃO: Dr. Lúcio
CLASSIFICAÇÃO CIRÚRGICA: LIMPA CONTAMINADA INFECTADA POTENCIALMENTE CONTAMINADA

POSIÇÃO CIRÚRGICA DECÚBITO DORSAL DECÚBITO VENTRAL LITOTOMIA PROCLIVE
 VENTRAL C/ FLEXÃO JOELHO LATERAL DIREITA LATERAL ESQ FOWLER
 TRENDELERBURG

PREPARO DA PELE DO PACIENTE
SOLUÇÃO CLOREX.AQU.0,2% CLOREX. ALC.5% CLOREX.DER.256 PVPI DEGERMANTE

ESCOVAÇÃO DA ÁREA NÃO SIM

PROTEÇÃO/AQUECIMENTO MANTA TÉRMICA COXIM Lançal

COMPREV	
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	
10 ABR 2019	
PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE	

Rua Aprígio Guimarães, S/N – Tejipió,
Recife – PE
CEP 50920 – 640
Fone: 31828500

HOF1079





SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: UBI RATAN DA SILVA BARROS

Reg: 1076814

Enf: 8

Leito:01

DATA DE ENTRADA: 2/1/19 DATA DE SAÍDA: 4/1/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

LUXAÇÃO METATARSO FALANGICA 5 PDD

DIAGNÓSTICO FINAL:

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE EVOLUI BEM APÓS TTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO EXPOSTA, SEGUÉ DE ALTA HOSPITALAR.

O MESMO

DEVERÁ COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO DE: PÉ

PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

SES/FUSAM
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado UBI RATAN DA SILVA BARROS portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 20 Vinte dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: LUXAÇÃO METATARSO FALANGICA 5 PDD

Deverá comparecer ao ambulatório de: PÉ E TORNOZELO
Com 15 dias

Recife, 4/1/19

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N° 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

SOMPRE
SISTEMA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

COMPREV

10 ABR 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	4- CNES 426
--	----------------	---	----------------

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE UBIRATAN DA SILVA BARROS	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1076814	7- (CIS) 898050064036814	8- DATA DE NASCIMENTO 18/10/1976
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE ZILMA MARIA DA SILVA	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 87044210 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		

15- ENDERECO DO PACIENTE
RUA Vinte Tres de ABRIL , N.º 60 - : BAIRRO: TORROES - CIDADE: RECIFE - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ENCAMINHADO DA UPA DA CAXANGÁ, COM FERIMENTO, DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM 5 PDD, APÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA, HÁ 06 HORAS.
NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VOMITOS.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX DE PÉ DIREITO: LUXAÇÃO METATARSO-FALÂNGICA DE 5 PDD.

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24- CID PRINCIPAL LUXACAO DO(S) ARTELHO(S) - S931	21- CID 10 SECUNDARIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARÁTER DA INTERNACAO URGENCIA E EMERGÊNCIA	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 02/01/2019
28- CPF OU CISI / 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES - CRM: Nº.18882	35- CNPJ DA SEGURADORA 45- CNPJ EMPRESA	36- N° DO BILHETE 05578364448
32- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="radio"/> EMPREGADO <input type="radio"/> EMPREGADOR <input type="radio"/> AUTÔNOMO <input type="radio"/> DESEMPREGADO <input type="radio"/> APOSENTADO <input type="radio"/> NÃO SEGURO	33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	34- CNAE DA EMPRESA 41- CSDR
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- N° DO BILHETE 38 - SÉRIE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	45- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA 41 - CSDR
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	46- CNAE DA EMPRESA	42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
<input type="radio"/> 42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="radio"/> EMPREGADO <input type="radio"/> EMPREGADOR <input type="radio"/> AUTÔNOMO <input type="radio"/> DESEMPREGADO <input type="radio"/> APOSENTADO <input type="radio"/> NÃO SEGURO	47- DATA DA AUTORIZAÇÃO	43- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	43 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

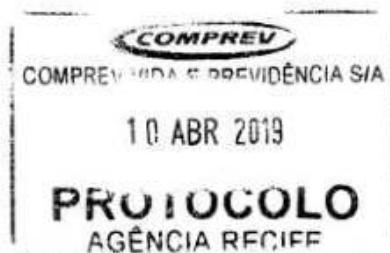
10 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





C.P.F : 024.099.994-09



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:14:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116142614900000066543176>
Número do documento: 20091116142614900000066543176

Num. 67842958 - Pág. 25

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 013816195597
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	COD. PERNAMBUCANO	452757053	EXPIRAÇÃO	***** 2018
JADSON EVERTON DA S NUNES				
JAB GUARARAPES-PE				
PLACA		106.393.444-37	NOC2041	
PLACAMENTO NO MERCADO				
NOC2041/RN 9C2ND0910CR002180				
EMPRESA/TIPO		COMBUSTÍVEL		
PAS MOTOCICLETA		GASOLINA		
MARCA/MODELO		ANO MÁXIMO DE USO		
HONDA/XRE 300		2011 2012		
CAPACIDADE		COR		
2P/291CL		PARTIC	VERMELHA	
IPVA 2018 QUITADO				
P	V	A	*****	
SEGURADO PAGO				
SEM RESERVA				
				
JAB GUARARAPES-PE Charles Andrews Souza Ribeiro Dir. Executivo - DETAN-PE				11/04/18



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:14:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116142614900000066543176>
 Número do documento: 20091116142614900000066543176

Num. 67842958 - Pág. 26

COMPREV
COMPRA E PREVIDÊNCIA S/A

22 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014084384670

DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA-PLACA 452757025 EXPEDICION 2018

MARCIO JOSÉ SOARES DA SILVA

PE N° 014084384670 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARCIO JOSÉ SOARES DA SILVA
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraalckier.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIEDE-PE
051-995 904-144
PLACARANTUE
NOCC 44/31
FABRICANTE
DAS MOTOCICLETAS
MARCA/MODELO
HONDA / XRE 300
CARRO/ONCA
227281CL
COTA UNICA
IDVA 2018 QUADRADO
FRANQUIA
PREÇO TARIIFÁRIO (R\$)
3,50

PLACA
NOCC 2041
CLASSIF
SC2ND09110CR002180
COMBUSTIVEL
GÁSOLINA
ANO/FABR / ANO/MOD
2011 / 2014
Data PAGAMENTO
VERMELHA
VEHICULOS
VERMELHA
VENC. COTA UNICA
11/2018
VALOR DA COTA
3,50
PRÉMIO TOTAL (R\$)
3,50

RECIEDE-PE
051-995-904-14
EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 22/08/18
PLACA
NOCC 2041
REMESSA / MARCH / MODELO
452757053 HONDA / XRE 300
ANO/FABR / ANO/MOD
2011 / 09
Data PAGAMENTO
VERMELHA
VENCIMENTO
VERMELHA
COTA UNICA
10/2018
VALOR DA COTA
3,50
PRÉMIO TOTAL (R\$)
3,50

PRÉMIO TARIIFÁRIO
FIS (R\$) — DENATRAN (R\$) — CUSTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) — PAGAMENTO — DATA DE PAGAMENTO
COTA UNICA — PAGAMENTO — DATA DE PAGAMENTO
PAGAMENTO LADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.288.688/0001-04

FEV-2018

LONTRAN

VALID

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
INFORMAÇÕES: www.dentran.pe.br

RECEBEDOR
Charles Andrade Souza Ribeiro
Informações: www.dentran.pe.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE		Nº 014084384670
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		
VIA 1	CÓD. PENAVAL 452757059	RNTRC *****
NOME/ENDERECO MARCIO JOSÉ SOARES DA SILVA ESTRADA DO CURADO 05 JO SÃO PAULO CURADO RECIFE-PE 50790-400		
CPF/CNPJ 051.868.868-14	PLACA NOC2041	
NOME ANTERIOR JADSON EVERTON DA S MUNES		
PLACANT/AU NOC2041/RN	CHASSI 9C2ND0910CR802180	
ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA	COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO HONDA/XRE 300	ANO FAB./ANO MOD. 2011 2012	
CAP/POT/CIL. 2P/231CL 20184512	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA
OBSERVAÇÕES <i>Opa</i>		
LOCAL RECIFE-PE		DATA 22/08/11
Charles Andrews Souza Ribeiro Divisão de Documentos DETAN/PE		

COMPREV
COMPRESA DE PREVIDÊNCIA S/A

22 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190270837 **Cidade:** Camaragibe
Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS **Data do acidente:** 02/01/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO METATARSO-FALÂNGICA DO 5º DEDO DO PÉ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:14:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116142614900000066543176>
Número do documento: 20091116142614900000066543176

Num. 67842958 - Pág. 29

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123806/19

Vítima: UBIRATAN DA SILVA BARROS

CPF: 024.099.994-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: UBIRATAN DA SILVA BARROS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

UBIRATAN DA SILVA BARROS : 024.099.994-09

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: 10/04/2019
Nome: UBIRATAN DA SILVA BARROS
CPF: 024.099.994-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

UBIRATAN DA SILVA BARROS

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

