



Número: **0035367-53.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 337,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GLAUBER LEMOS DOS ANJOS (AUTOR)</b>	<b>FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69419 372	13/10/2020 15:49	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200189513 Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

Data do Acidente: 10/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

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

## **Senhor(a), GLAUBER LEMOS DOS ANJOS**

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 nº 15811581



Pag. 018999/01900 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 15:49:47  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101315494756200000068074506>  
Número do documento: 20101315494756200000068074506

Nº 69419372 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200189513 Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

**Data do Acidente: 10/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). GLAUBER LEMOS DOS ANJOS**

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **GLAUBER LEMOS DOS ANJOS**

Valor: R\$ 675,00

Banco: 655

Agência: 000000655

Conta: 000006334484-0

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorno 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:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do Vínculo ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	066.478.154-30	GLAUBER LEMOS DOS ANJOS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
GLAUBER LEMOS DOS ANJOS	066.478.154-30		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
MECÂNICO	RUA DA CONSTelação	34	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VERO PRETO	OLINDA	PE	53370-191
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 81-9 8554-8582		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco [237] <input type="checkbox"/> Itaú [341] <input type="checkbox"/> Banco do Brasil [001] <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal [104]		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) Nome do BANCO: BANCO VOTORANTIM	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(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.			

INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro (herreiro)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALfabETIZADO

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Olinda 15/05/2020

Glauber Lemos dos Anjos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Digitalizada com CamScanner





GOVERNO DE PERNAMBUCO  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20I0319056387

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia  
**18/05/2020 às 12:42**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposo ( Consumado )** que aconteceu no dia **10/06/2019 às 09:40**

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA SENADOR NILO DE SOUZA COELHO , 00 - Bairro: OURO PRETO - Município:  
**OLINDA** - Estado: **PERNAMBUCO**  
Local do fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO : ( OUTROS MOTIVOS ), que estava sendo utilizado(a) pelo(a) Sr(a): GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

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

( VITIMA ) - GLAUBER LEMOS DOS ANJOS; Sexo: **Masculino**; Pai: **JOAO GUILHERME DOS ANJOS**; Mãe: **MARIA IZABEL DE LEMOS**; Data de Nascimento: **13/02/1986**; Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**; Documentos: **6907632 (RG)**, **066478.154-30 (CPF)**; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **MECANICO**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **(81)98354-8587**; Endereço Residencial : **RUA DA COSTELAÇÃO , 34; CASA; 53000-000; OURO PRETO; OLINDA; PERNAMBUCO; BRASIL**

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

VEICULO ( VEICULO ) que é de propriedade do(a) Sr(a): **GLAUBER LEMOS DOS ANJOS**  
Categoria: **MOTOCICLETA**; Marca do Objeto: **HONDA**; Modelo do Objeto: **CG 125 KS**; Número CRLV: **227740529**; Placa: **KFT2459**; Cor do Objeto: **PRETA**; Quantidade: **1 ( UNIDADE )**; Valor Unitário: **0,00 ( REAL )**

**Complemento / Observação**

SEGUIA NA AVENIDA SENADOR NILO DE SOUZA COELHO, NAS PROXIMIDADES DO BAR DA ACEROLA, E UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO FEZ UM RETORNO NA MINHA FRENTE, SEM FAZER NENHUMA SINALIZAÇÃO. DESTA FORMA NÃO PODE FAZER NENHUMA MANOBRA PARA LIVRAR A COLISÃO, A COLISÃO FOI NA LATERAL DO CARRO. A MOTO FICOU DANIFICADA, QUEBROU A BENGALA, PAINEL, JANTE E ALGUMAS AVARIAS. A MOTO É DE PROPRIEDADE DE ADRIANO JOSE LIMA DA CONCEIÇÃO, E ESTAVA EM MINHA POSSE. DEIXO REGISTRADO ESSE FATO.

Digitalizada com CamScanner



"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: [servicos.sds.pe.gov.br/delegacia](http://servicos.sds.pe.gov.br/delegacia), de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

Boletim de Ocorrência analisado e liberado pelo policial. **ELAINE CRISTINA DA COSTA CAVALCANTI** - Matrícula: 319662-3

Delegacia pela Internet: A delegacia à serviço do cidadão.



Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 15:49:47  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101315494756200000068074506>  
Número do documento: 20101315494756200000068074506

Num. 69419372 - Pág. 5



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Vínculo ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	066.478.154-30	GLAUBER LEMOS DOS ANJOS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
GLAUBER LEMOS DOS ANJOS	066.478.154-30		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
MECÂNICO	RUA DA CONSTelação	34	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VERO PRETO	OLINDA	PE	53370-191
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 81-9 8554-8582		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos) Bradesco [237] Itaú [341] Banco do Brasil [001] Caixa Econômica Federal [104]

Nome do BANCO: BANCO VOTORANTIM

AGÊNCIA:

AGÊNCIA: 0655

CONTA: 6334484 0

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro (herreiro)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALfabETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Olinda 15/05/2020

Glauber Lemos dos Anjos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



# 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: 03/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000006334484-0

---

Nr. da Autenticação 9094962E2511BDFB



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 15:49:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101315494756200000068074506>  
Número do documento: 20101315494756200000068074506

Num. 69419372 - Pág. 7



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**

CLEBER LEMOS DOS ANJOS

CPF 075 453.624-62

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA CONSTELAÇÃO 34

OURO PRETO/OLINDA  
OLINDA PE  
53370-191

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
106672318	UNICA	05/05/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/05/2020	2013021526	2068003

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7014894807	05/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
12/05/2020	02/06/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	118,91

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 15:49:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101315494756200000068074506>  
Número do documento: 20101315494756200000068074506

Num. 69419372 - Pág. 8

Atendimento: 1479162  
Data e Hora: 10/06/2019 10:32

Senha da Classificação:

0154

Paciente: 26053 GLAUBER LEMOS DOS ANJOS Sexo: MASCULINO  
Nome Social:  
Data do Nascimento: 13/02/1988 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: MARIA IZABEL DE LEMOS Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567  
Endereço: CONSTELACAO - 34 Bairro: OURO PRETO  
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53370130 Usuário Atendimento: DAYANNELS  
RG (Identidade): Data de Emissão:  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 86383064  
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Queixa Principal

Perínteo pé ① após acidente de trânsito

## Exame Físico

Perínteo pé direito

IR.

## Hipótese Diagnóstica

Fator de 3º AD

## Idiota Terapêutica

04000005-8

## Prescrição Médica

Osteo Zeno  
Dipirona 1g - 500 + AD ev. 6/6h  
Butalpar 200mg - 2x2 + AD - SE-FE  
ATENDEDO  
FARMACEUTICO

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha: 5+02097

Dr. Rodolfo da Silveira Damasceno  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião-Dentista  
Cirurgião-Médico



1479162



# UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 10/06/2019 10:27

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

	Nome Paciente:	LAUBILENE DOS ANJOS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	33
	Senha:	0154
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME

Período: 10/06/2019 10:28 - 10/06/2019 10:29

EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MID COM SANGRAMENTO ATIVO

Observação:

ALERGIA -

HAS -

DM -

Fis: grama sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/06/2019 10:29

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 15:49:47  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101315494756200000068074506>  
Número do documento: 20101315494756200000068074506

Num. 69419372 - Pág. 10



## Laudo para solicitação de autorização de internação

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
		HOSPITAL MIGUEL ARRAES		2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - Nome do Paciente <b>GLAUBER LEMOS DOS ANJOS</b>		6 - Nº Prontuário <b>AKV491460</b>			
Cartão Nacional do SUS <b>79000416455101</b>		7 - Data de Nascimento <b>13/02/1986</b>	8 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	9 - Raça Cor <b>03 - Parda</b>	10 - Etnia <b>0000 - Não Se Aplica</b>
11 - Nome da Mãe <b>MARIA IZÁBEL DE LEMOS</b>		12 - Telefone de Contato <b>8198882379</b>			
13 - Nome Responsável <b>CLEBER</b>		14 - Telefone de Contato <b>988823790</b>			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) <b>RUA DA CONSTELAÇÃO, 34 - OURO PRETO</b>					
16 - Município <b>INDA</b>		17 - IBGE <b>260960</b>	18 - UF <b>PE</b>	19 - CEP <b>53370191</b>	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Principais Sinais e Sintomas Clínicos <b>paciente vítima de queda de moto há + 2 horas com trauma em pé direito com dor no membro, nega alergias, comorbidades EF LOTE AAA EUPNEICO NORMOCORADO MID: LESÃO EM 3º PDD MSD: HEMATOMA EM ANTEBRAÇO</b>					
21 - Condições que justificam a internação CITADAS ACIMA					
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas ANAMNESE+ EXAME FÍSICO					
23 - Diagnóstico Inicial / Código <b>FRATURA DE OUTROS OSSOS DO TARSO</b>		24 - CID 10 Principal <b>S922</b>	25 - CID 10 Secundário <b>S925</b>	26 - CID 10 Causas Associadas <b>W189</b>	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado		PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - Código do Procedimento <b>0415020069</b>
29 - Especialidade <b>CIRÚRGICA</b>		30 - Caráter de Atendimento <b>2</b>	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente <b>980016278437533</b>	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente <b>SORMANE DE CARVALHO BRITTO</b>		34 - Data da Solicitação <b>10/06/2019</b>	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) <b>16339</b>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série		
37 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR		
38 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Trajeto					
45 - Vínculo com a Previdência <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado					
AUTORIZAÇÃO					
46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor <b>E260000001</b>	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)		
48 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado			
50 - Data da Autorização		51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)  <i>D. Fagner Alhayde Méd. Ortopedista CRM: 653 - TEOT 12551</i>			

**AIH**  
**261910218372-0**

Código do Laudo: **481450**

Digitalizada com CamScanner



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/06/2019 13:08



Nome Paciente: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 13/02/1986  
Sexo: Masculino  
Idade: 33  
Senha: 0021  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

*Gr. dho.*

Período: 10/06/2019 13:14 - 10/06/2019 13:18

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VEM POR MEIOS PROPRIOS, ENCAMINHADO PELA UPA DE OLINDA COM RELATO DE COLISAO MOTO X MOTO NA PERIMETRAL SENTIDO PE 15 HA APROXIMADAMENTE 2 HORAS. COM QUEIXA DE DOR EM PE DIREITO 3º PDD E EDEMA EM BRAÇO DIREITO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 6
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 78.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

*ACEVISA DO*

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim ( ) Não   
Local .....  
..... Enfermeiro

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/06/2019 13:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizada com CamScanner





## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 481460

Usuário: ELISAMASP

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS Prontuário: 126473  
Idade: 33a 3m 26d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 13/02/1986  
Profissão: Escolaridade:  
R.G.: 6907632 C.P.F.: 06647815430 , 34 Telefone: 988823790 CEP 53370191  
Endereço: RUA DA CONSTELACAO - OURO PRETO - OLINDA - PE  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Dados da Internação  
Convênio: SUS - INTERNACAO Data e Hora da Internação: 10/06/2019 14:25  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-01  
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:  
Endereço: Numero:  
Telefone: Cidade: Estado civil : *Y/06/29*

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 11 / 06 / 19 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Bom Ancecos Curv -

Diagnóstico Principal.....: Fr o/perna de 3x100.

Diagnóstico Secundário01.: VISÃO M/M

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: Ler oc + Rom cur fix K-

*João Bosco B. C. Neto*

Ortopedia / Traumatologia

CREMEPE 0600e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Glauco Lemos*

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Digitalizada com CamScanner





HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 481450  
Data e Hora: 10/06/2019 13:23

Senha da Classificação:

0021

Paciente: 126473 GLAUBER LEMOS DOS ANJOS Sexo: MASCULINO  
 Nome Social:  
 Data do Nascimento: 13/02/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
 Nome da Mãe: MARIA IZABEL DE LEMOS Nome do Pai: JOA GULHERME DOS ANJOS  
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346  
 Endereço: RUA DA CONSTELACAO - 34 Bairro: OURO PRETO  
 Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: MONICABSL

## Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

VITIMA DE QUESO DENTRO HÁ 2 HORAS COM  
 TRAUMA EM PE SINTO - COM DOOR NO MENINO  
 VENAS ATEWIAS. CONVOCADAS

Exame Físico

EXAME AXA CUPANTE.  
 MID: 1500 CM 3º PDE + CORTE EM FOLHA -  
 PE 26  
 ASD: E DURA EM ANTEBRAÇO.

Hipótese Diagnóstica

FX EXPOSTA DE 3º PDD.

Prescrição Médica

SOLICITO: RX PEDIAP + P.  
 - DISINFECAO + ADOLKI  
 - TANAL + 100ML SF  
 - CEFAKOTINA 2g + TAB  
 SAT IM  
 VAT IM

*M. Lacerda*  
 CRV-PE 23390

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação

Digitalizada com CamScanner





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS REG: 126473

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
10/6/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA +_ 2 HORAS COM TRAUMA EM PÉ DIREITO COM DOR NO MEMBRO , NEGA ALERGIAS, COMORBIDADES EF LOTE AAA EUPNEICO NORMOCORADO MID: LESAO EM 3º PDD NV+ MSD: HEMATOMA EM ANTEBRAÇO HD: FX EXPOSTA DE 3º PDD CD: BLOCO CIRURGICO
10/06/19	Hora H
C7-ICG	JD (Pós op / 10/06/19) Letra + Zonam 100 K.
	Paciente segue seu intereon ., ligeiro, sem dor no membro direito, sem febre ou — não fazendo .
	Po bom desempenho .
	O: Ativa ligeira .
	Recomendado .
	Sospiros e suores .
	João Bosco B. C. Neto Ortopedia / Traumatologia CREMEPE 26.670

Digitalizada com CamScanner



**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001  
Data.....: 10/06/2019  
Hora.....: 17:06

Aviso de Cirurgia : 57233

Paciente : 120473

Convênio Atend. : 1

Lote : 554

Dt. Início : 10/06/2019 15:50 Dt. Fim : 10/06/2019 16:50

Cid Pré-Operatório : S626

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0004 SALA 04

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

SUS - INTERNACAO

VERD2-01

Atendimento : 481460

Carteira :

Idade : 33 Anos

FRATURA DE OUTROS DEDOS

Procedimento: 0408050470

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 42

LOCAL

CIRURGIA

15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE 3ºPDD + FERIMENTO EXTENSO EM PÉ DIREITO

CIRURGIA: LC + DC + RAFI COM FIO K

CIRURGIÃO: DR. ROMERO NERY

1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO

ANESTESISTA: O CIRURGIAO

ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTÉSIA LOCAL;

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;

3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS

OBSERVADO FERIMENTO EXTENSO EM FACE PLANTAR DO ANTEpé DIREITO E ENTRE OS 5º, 4º E 3º RAIOS

4. DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

5. LIMPEZA EXAUVESTIVA COM SF 0,9%

6. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXADA COM 01 FIO K 1,5MM INTRAMEDULAR

SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0

7. CURATIVO ESTÉRIL

8. BOA PERFUSÃO DISTAL

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

João Bosco B. C. Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 26.670

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY  
CRM : 15570

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Digitalizada com CamScanner



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name:

Gilverson longo

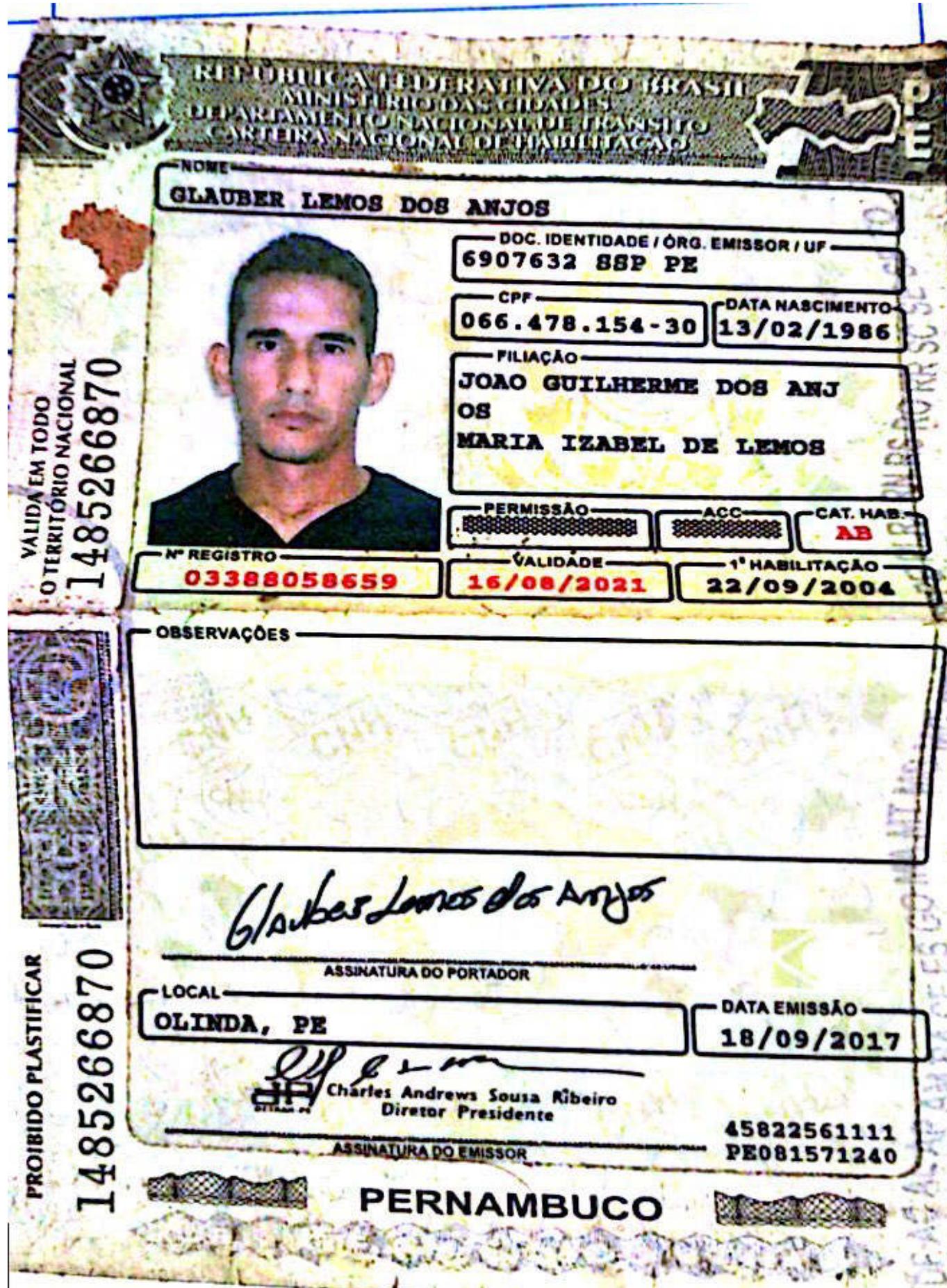
Registro: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_

Clinics

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
11/09/19	Frost return to 35 fDD  Plants growing, so don't eat. Not - for K Orion 2015-1





Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 15:49:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101315494756200000068074506>  
Número do documento: 20101315494756200000068074506

Num. 69419372 - Pág. 18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014803556012

VIA 1 CÓD. RENAVAM 227740529 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

NOME ADRIANO JOSE LIMA DA CONCEICAO

OLINDA-PE

0

CPF / CNPJ 045.024.374-50

PLACA KFT2459

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* /PE

CHASSI 9C2JC4110AR051429

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB 2010 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 2E/124CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

IPVA	FAIXA IPVA	COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
				1* *****
				2* ***** *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 01/03/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BV FINANCEIRA SA CFI

OLINDA Roberto Ferreira Moraes Fontaine 26/03/19

Roberto Ferreira Moraes Fontaine

DIRETOR DRE

EXPEDITOR

Digitalizada com CamScanner



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189513 Cidade: Olinda Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS Data do acidente: 10/06/2019 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 28/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIOS K). ALTA.  
p 5/6/8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

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 MODERADA DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147458/20

**Vítima:** GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

**CPF:** 066.478.154-30

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/06/2019

**Titular do CPF:** GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### GLAUBER LEMOS DOS ANJOS : 066.478.154-30

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: 25/05/2020  
Nome: GLAUBER LEMOS DOS ANJOS  
CPF: 066.478.154-30

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

GLAUBER LEMOS DOS ANJOS

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

