

---

**Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190093739**

**Vítima: GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 02/03/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190093739**

**Vítima: GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 02/03/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**

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

Documentação médico-hospitalar

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



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190093739

Vítima: GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 02/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000078439-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

668.371.464-91

Nome completo da vítima

Gilson Barbosa de Oliveira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Gilson Barbosa de Oliveira		CPF titular da conta 668.371.464-91		Profissão Recebeu-se	
Endereço Rua Pedro Abílio de Araújo Gomes		Número 180		Complemento Casa	
Bairro Cruzeiro	Cidade Bezerros	Estado PE		CEP 55660-000	
Email		Telefone (DDD) 9668-4834			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRCC 2192	D/V [ ]	CONTA NRCC 78439	D/V [ ]
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bezerros, 26 de março de 2018

Local e Data

Gilson Barbosa de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

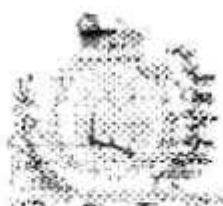
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

26 ABR 2018

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -  
DP31ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0181000633**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2018** às  
**15:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia **2/3/2018** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, RUA JOSÉ  
PEREIRA - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR/AGENTE)  
**GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na ocorrência da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
**GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**

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

**GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
MARIA EUNICE DE OLIVEIRA Pai: ABDON BARBOSA DE OLIVEIRA Data de Nascimento:  
14/2/1969 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 88837148491 (CPF):  
99755526423 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão:  
OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:  
- 893752422**

Endereço Residência: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 602, RUA FREI CÂNECA - CEP:  
55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, APOC A ESCOLA  
JOSE DE GOIS**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GILSON BARBOSA DE**

**OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR158 BRO3** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MGL2738 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **219372096** Chassi:  
**9C2KD0620AR045167**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VITIMA, O MESMO ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NA REFERIDA VIA, DADO MOMENTO PERDEU O CONTROLE DA MESMA DEVIDO A UM BURACO EXISTENTE VINDO A CAIR, E NA QUEDA FICOU LESIONADO SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ DOS BEZERRAS, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO CONFORME REGISTRO N. 842747 DATADO DE 02/03/18, ÀS 22:38 HORAS, TENDO COMO MÉDICO PLANTONISTA, DR. MAURICIO CABRAL, CRM -AL/PE 8.622 / 23.493. PELO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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

*Gilson Barbosa de Oliveira*  
**GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: *Cloves Vitorino da Silva* - Matrícula: 3811648





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gilson Barbosa de Oliveira

CPF da Vítima

668.371.464-91

Data do Acidente

02/03/18

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Gilson Barbosa de Oliveira

CPF do Representante legal

668.371.464-91

Email

Telefone (DDD)

9668-4834 / 9258-3087

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

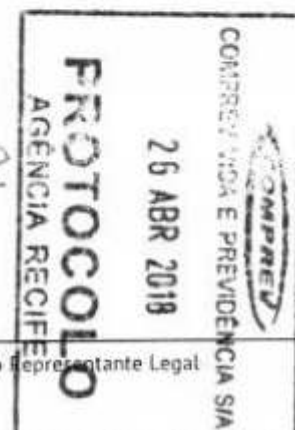
Belem, 26 de março de 2018

Local e Data

Gilson Barbosa de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





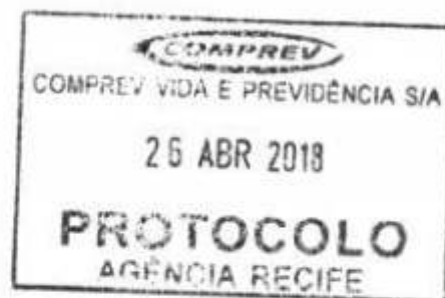


**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2018GB2000037 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr<sup>(a)</sup>. KEVIN SILVA BARBOSA DE OLIVEIRA, 17 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº , inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº , residente à RUA FREI CANECA , nº 602, , CENTRO, BEZERROS-PE, certificar que este 2º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 02/03/2018, por volta das 23:00 hs, no endereço: RUA JOSÉ PEREIRA., S/N, CENTRO BEZERROS-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo NÃO HÁ DADOS SOBRE O VEÍCULO EM NOSSOS REGISTROS POIS O MESMO HAVIA SIDO RETIRADO DO LOCAL QUANDO DO ATENDIMENTO PELA GUARNIÇÃO DO BOMBEIRO., no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr<sup>(a)</sup> GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 668.371.464-91 e Registro Geral nº 331161709, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 2º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) SARGENTO JÚLIO. Foi transportado(a) para o UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ. Registrado(a) com o prontuário nº 242747. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 2ºGB.



Posição em 20/03/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018GB2000037*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

# 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: 21/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000078439-0

---

Nr. da Autenticação C0BE8623B9BDE412



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/06/02  
**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50035-002  
 CNPJ 10.823.932/0001-08 | Insc. Est. 0016943-83 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

ROSE MARY EUNICE DE OLIVEIRA

CPF: 040.303.164-28 NIS: 12934776451

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
 BAIXA RENDA COM NIS  
 Monofase

Nº DA NOTAFISCAL	SERIE	EMISSÃO
7022B17064	01/2018	29/01/2018
Nº DE CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	
201430009	948025	

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA PEDRO ABILIO DE ARAUJO LEMOS  
 180

CRUZEIRO/BEZERRAS  
 BEZERROS PE  
 55660-000

CONTA CONTRATO	MES ANO
7022B17064	01/2018
29/01/2018	20/02/2018
TOTAL A PAGAR	21,89

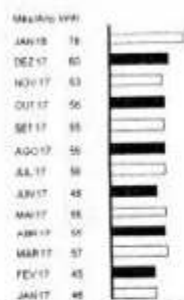
**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	8,17119303	5,13
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	40,0000000	8,29347377	13,48
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,34
Contribuição Iluminação Pública			2,93
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>21,89</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
1043009	CAT	01-12-2017	7.118,00	12-01-2018	7.184,00	31	1.000,00		76,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**



**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS		
PIS	15,00	0,77
COFINS	15,00	1,35

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

	R\$	%
Geração de Energia	7,22	30,51%
Transmissão	0,77	4,08%
Distribuição (Celpe)	6,33	31,37%
Perdas de Energia	1,30	10,02%
Energia Solarizada	1,06	8,02%
Tributos	0,77	4,08%

**TAXAS APLICADAS**

	R\$	%
Consumo Ativo até 30 kWh	5,14	23,47%
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	16,75	76,53%

**RESERVAÇÃO FISCAL**

CNPJ 10.823.932/0001-08 CEF 0584 7481 6448 BF 77

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Tarifa Social de Energia Elétrica em vigor. Para saber mais informações, acesse o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a instalação adequada e em conformidade com as normas técnicas. Pagos em atraso são cobrados com juros e multa. O Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso da energia elétrica. O Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso da energia elétrica. O Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso da energia elétrica.



# RELATORIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

## DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 02/03/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 02/03/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: GILSON RAZDOSA DE OLIVEIRA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: ① DOR E EDEMA NA REGIÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. ② RAIO-X APRESENTA FRATURA EM PLATO TIBIAL ESQUERDO.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS: ① SUTURA REALIZADA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. ② TRATAMENTO CALÇAMENTO COM APARELHO GIPSADO POR 90 DIAS.	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ALTA MÉDICA DEFINITIVA	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ( ) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO (x) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
① DIFICULDADE DE DEAMBULAR ② HANICAMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO COMPROMETIDO EM 50% NA REGIÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. ③ FRAGUEZA / DÉFICIT TÔNUS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.	
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 29/01/19 A 29/01/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL BETANHO 29 Janeiro 2019	ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Rafael Cunha  
Diretor Médico  
CRM-PE: 23096  
Grupo de Trauma

COMPREV  
COMPREV / IUA - REFINÂNCIA SIA  
04 FEV 2019  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		<b>CARTÃO DO SUS:</b>		<b>REGISTRO:</b> 842742	
ATA: 03/03/18		HORA: 23:30		<b>TELEFONE:</b> 928213393	
OME: Wilson Barbosa de Oliveira				<b>IDADE:</b> 44	
OME DA MÃE: Maria Eunice de Oliveira					
ATA DE NASCIMENTO: 16/02/69		ACOMPANHANTE: Luíza da (Maria José)			
ND: Rua Frei Lameira		BAIRRO: Centro		N.º 602	
IDADE: Bezerros		SINAIS VITAIS			
A: 136/120 mmHg	HGT: — mg/dL	T: — °C	PESO: — kg	Téc. Enfermagem/COREN	

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO**

**I – Sinais de Emergência imediata**

**CLASSIFICAR COMO VERMELHO**

- ☐ O Apnéia ☐ O Cianose ☐ O Estridor ☐ O FC <50 ou >140bpm ☐ O FR <10 ou >32 irpm
- ☐ O Extremidades frias ☐ O Enchimento capilar letificado ☐ O Pulso fraco ou ausente ☐ O PCR ☐ O Sudorese
- ☐ O PAS <80 ou >200mmHg ☐ O PAD <40 ou >130 mmHg ☐ HGT <40 ou > HI mg/dl ☐ O Convulsão no momento
- ☐ O Politraumatismo/Glasgow <= 12 ☐ O Letargia ☐ O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- ☐ O Intoxicação exógena ☐ O PAF ☐ O PAB ☐ O Sangramento intenso
- ☐ O Broncoaspiração ☐ O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

**I – Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação**

**CLASSIFICAR COMO AMARELO**

- ☐ O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ O TCE leve ☐ O PAS <90 ou >180mmHg ☐ O PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
- ☐ O Febre > 39°C ☐ O Febre com imunodepressão ☐ O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ O Impossibilidade de deambulação
- ☐ O Tumor pastoso ☐ O Mucosas ressecadas ☐ O Vômitos no momento
- ☐ O Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% ☐ O Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- ☐ O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- ☐ O Dor Abdominal intensa ☐ O Dor Torácica intensa ☐ O Meleno ☐ O Hematêmese ☐ O Enterorragia ☐ O Epistaxe
- ☐ O Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ O Crise asmática

**III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo**

**CLASSIFICAR COMO VERDE**

- ☐ O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- ☐ O Lombalgia intensa ☐ O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- ☐ O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- ☐ O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ O Enxaqueca ☐ O Dor de ouvido moderada a grave
- ☐ O História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ O Abscessos ☐ O Intercorrências ortopédicas

**✓ – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)**

**CLASSIFICAR COMO AZUL**

- ☐ O Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ O Coriza crônica ou recorrente
- ☐ O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- ☐ O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- ☐ O Administração de medicamento ☐ O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- ☐ O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- ☐ O Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ O Troca ou retirada de sonda

**CLASSIFICAÇÃO**

Vermelho

Amarelo

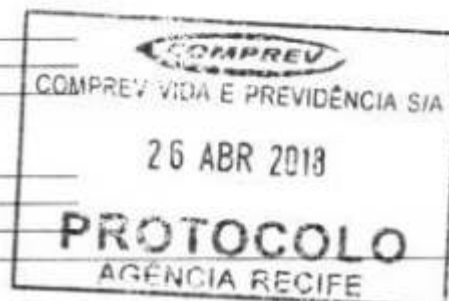
Verde

Azul

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES



Fabiana Brito  
Enfermeira  
Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ( ) SIM, a	REGISTRO:
----------------------	--	-----------

Queixas: Dores de mato no punhal  
controle

Exame físico: peroneos, antebraços, punhos  
pálito atáxico  
peroneos de punho exposto e nódulo  
de punho e tibia

H.D.:

### CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Condução: 1 - Dipirona 0,5g + 100ml  
2 - Foliclor 0,5g + 100ml

Cefepim 0,5g + 100ml

Dexamet 0,5g + 100ml  
Voltaren 0,5g + 100ml

2.3.10  
16.35

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: ____/____/____	SIM ( )
Consulta c/ Observação	Solicitação	Hora: ____:____	NÃO ( )
Indicação (Internamento)	Transferência		DIAS: ____
	Indisciplina		
	Óbito		

Data: ____/____/____ Hora: ____:____	Dr. Maurício Cabral MÉDICO CRM-AMPE 6.522/23.403 Médico - CREMEPE (Carimbo)
---	---



Gilson Barbosa de Oliveira  
02/03/18  
Joelho esquerdo







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF  
331161709 SSP SP

CPF  
668.371.464-91

DATA NASCIMENTO  
14/02/1969

FILIAÇÃO  
ABDON BARBOSA DE OLIVEIRA  
MARIA EUNICE DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACD  
CAT. HNB  
AD

REGISTRO  
00755520423

VALIDADE  
01/04/2019

1ª HABILITAÇÃO  
21/05/1998

OBSERVAÇÕES  
sem observações

*Gilson Barbosa de Oliveira*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
REERERCH - PE

DATA EMISSÃO  
03/04/2014

*P. D.*  
ASSINATURA DO EMISSOR

00605996701  
PE059055979

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
872947460

PROTEÇÃO PLÁSTICA  
872947460



Comprens  
invalida 3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE

Nº 013177542529

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 668.371.464-91  
EXERCÍCIO: 2017

GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

BEZERRAS-PE

668.371.464-91

KG2738

PLACANTUF

9C2XD0520AR045167

ESP/CE TIPO

ALCOA 901

PAZ MOTOCICLETA

ALCOA 901

HONDA/NXR150 BROS MIX E3

2010 2010

22/149CL

PARTIC

VERMEDHA

IPVA 2017 QUITADO

1º \*\*\*\*\*  
2º \*\*\*\*\*  
3º \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEM RESERVA

BEZERRAS-PE

04/08/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Titular do Registro e Licenciamento de Veículo

É obrigatório o uso de seguro obrigatório de danos pessoais causados ao condutor e ocupantes do veículo em caso de acidente de trânsito. O seguro obrigatório de danos pessoais causados ao condutor e ocupantes do veículo em caso de acidente de trânsito é obrigatório para todos os veículos em circulação.

PE Nº 013177542529 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradora lider.com.br

BEZERRAS-PE

2017

04/08/17

668.371.464-91

KG2738

22/149CL

HONDA/NXR150 BROS MIX E3

2010 09

9C2XD0520AR045167

PREMIO TARIFARIO

PREMIO DO BILHETE (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEM RESERVA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

04/08/2016

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

Este bilhete é obrigatório para todos os veículos em circulação.

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
26 ABR 2018  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECEIFE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190093739

**Cidade:** Bezerros

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

**Data do acidente:** 02/03/2018

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do platô tibial esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Bloqueio articular do joelho esquerdo acarretando marcha claudicante.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador da fratura exposta do platô tibial esquerdo.  
Sem menção a fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 09/2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional intensa do joelho esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190093739

**Nome do(a) Examinado(a):** GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Pedro Abilio de Araújo Lemos, 180 -  
BEZERROS/PE - CEP 55660-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 331161709 - SSP PE

**Data e Local do Acidente :** 02/03/2018

**Data e Local do Exame :** 15/03/2019 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -  
CARUARU/PE

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Fratura exposta do platô tibial esquerdo.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Quadro submetido a tratamento conservador. Recebeu alta há 6 meses.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Ao exame: marcha claudicante, redução moderada da amplitude de movimento do joelho esquerdo.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Dano funcional do joelho esquerdo

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

joelho esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

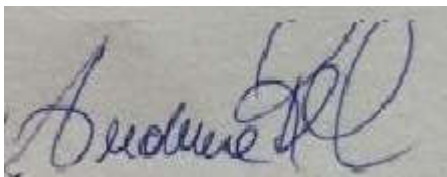
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

Dano funcional do joelho esquerdo 75%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

Eu Gibson Barbosa de Oliveira

CPF 668.371.464-91 fui Entregado Junto A  
ESSA. Seguradora Lida No Meu Processo de  
Indeniz. de Sinistro 3190093739 de um  
Acidente Que sofi No dia. 02/03/2018

Fui socorrido pelos Bombeiros e levado para  
A unidade Misio São José  
Onde fui diagnosticado com uma fratura  
E que um corte No Perno  
fui submetido A uma sutura  
E A tratamento com Alcarel Gessador E  
ecno Podotico.

No dia 29/01/2019 fui para uma consulta  
Medica E O Medico Me deu um laudo  
comprovando Que tive uma fratura No  
femor tibial esquerda de Que já Enlei  
para A seguradora.

Estou Enviando Junto com Esso corte  
os Raio-X Que Provam Minha lesão.  
por isso solicito uma pericia com o  
Medico Seguradora  
Do Seguradora

Gibson Barbosa de Oliveira

