

---

**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 ASL:  CPF da Vítima:  Nome completo da vítima:

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

Nome completo <input type="text" value="Gilson Barbosa de Oliveira"/>		CPF titular da conta <input type="text" value="66837146491"/>	Profissão <input type="text" value="Recusou-se"/>
Endereço <input type="text" value="Rua Pedro Abílio de Araújo Gomes"/>		Número <input type="text" value="180"/>	Complemento <input type="text" value="Casa"/>
Bairro <input type="text" value="Cruzeiro"/>	Cidade <input type="text" value="Bezerros"/>	Estado <input type="text" value="PE"/>	CEP <input type="text" value="55660-000"/>
Email <input type="text"/>		Telefone (DDD) <input type="text" value="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**

RECURSO INFORMAR       SEM RENDA       ATÉ R\$ 1.000,00       R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00       R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00       R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00       ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAU (341)  
 **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

<b>BANCO</b> Nome <input type="text"/>	<b>Banco</b> <input type="text"/>
<b>AGÊNCIA</b> NRCC <input type="text"/>	<b>CONTA</b> NRCC <input type="text"/>
<b>DIV</b> <input type="text"/>	<b>DIV</b> <input type="text"/>

(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.

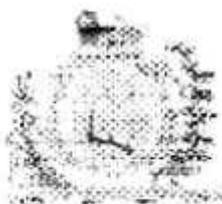
Bezerros, 26 de março de 2018  
Local e Data

Gilson Barbosa de Oliveira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -  
DP91ªCIRC 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: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 1, RUA JOSÉ PEREIRA** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: **ABDOM BARBOSA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **14/2/1968** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **88837148491 (CPF)** **0075526423 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **893752422**

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 602, RUA FREI CÂNECA - CEP: 56006-000** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, APOC A ESCOLA JOSE DE GOIS**

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** 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: **219372098** 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 23:28 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: 3811848



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 <i>Gilson Barbosa de Oliveira</i>	CPF da Vítima <i>668.371.464-91</i>	Data do Acidente <i>02/03/18</i>
--	--	-------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal <i>Gilson Barbosa de Oliveira</i>	CPF do Representante legal <i>668.371.464-91</i>
Email	Telefone (DDD) <i>9658-4834 / 9258-3087</i>

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.

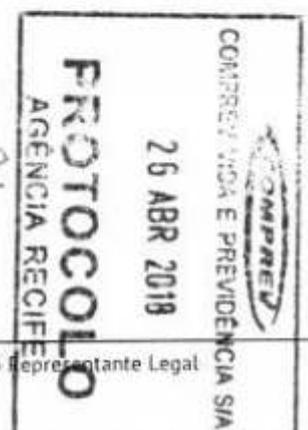
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

*Beagrimos*, *26* de *março* de *2018*  
Local e Data

*Gilson Barbosa de Oliveira*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



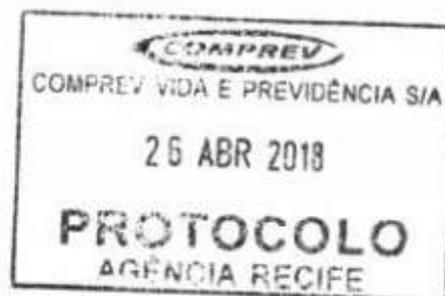


**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**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





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

**NOTA FISCAL PATURA CONTA DE ENERGIA ELETRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50035-002  
CNPJ 10.823.932/0001-08 (Insc. Est. 005643-83) www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

ROSE MARY EUNICE DE OLIVEIRA

CPF: 040.303.104-28 NIS: 12934776451

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Manifestação

Nº DA NOTA FISCAL: 7022817064

DATA DE EMISSÃO: 20/02/2018

20/01/2018 2014308091 348923

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA PEDRO ABILIO DE ARAUJO LEMOS  
180

CRUZEIRO/BEZERRAS  
BEZERRAS PE  
55660-000

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
7022817064	01/2018
29/01/2018	20/02/2018
<b>21,89</b>	

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,17119303	5,13
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	46,0000000	0,29347377	13,48
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,34
Contribuição Iluminação Pública			7,93

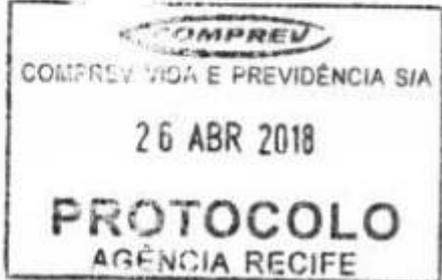
**TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
504308	CAF	03-12-2017	1118,00	12-01-2018	1184,00	31	1,0000		76,00

Mês/Ano (kWh)	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	Valor	
JAN/18 78	<b>ICMS</b> <b>PIS</b> <b>COFINS</b>	19,40 0,71 0,18 19,40 3,50 0,54	1,51 0,67	Carregio de Energia	R\$ 7,22 30,01%	
FEV/18 60				Transmissão	R\$ 0,77 3,08%	
MAR/18 63				Distribuição (Celpe)	R\$ 9,33 37,72%	
ABR/18 56				Perdas de Energia	R\$ 1,30 5,02%	
MAY/18 55				Oversig de Sistema	R\$ 1,06 4,02%	
JUN/18 56				Tributos	R\$ 0,77 3,01%	
JUL/18 56				<b>TARIFAS APPLICADAS</b>		R\$ 19,40 76,98%
AGO/18 56				Consumo Ativo até 30 kWh		0,16415700
SET/18 58				Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh		0,20427377
OCT/18 48				<b>RESERVAÇÃO FISCAL</b>		
NOV/18 55				CIEF: 8004 0553 CFEH: 052A 7461 6A4E BF 77		

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Para saber mais sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente pode também consultar a legislação em vigor e a Lei de Tarifas de Energia Elétrica em vigor no Brasil. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores de baixa renda e é regulamentada pela Lei nº 10.438, de 26/04/2002, e pela Resolução nº 486/2012 do Conselho Nacional de Energia Elétrica (CNEE). A tarifa social de energia elétrica é regulamentada pela Lei nº 10.438, de 26/04/2002, e pela Resolução nº 486/2012 do Conselho Nacional de Energia Elétrica (CNEE). A tarifa social de energia elétrica é regulamentada pela Lei nº 10.438, de 26/04/2002, e pela Resolução nº 486/2012 do Conselho Nacional de Energia Elétrica (CNEE).



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

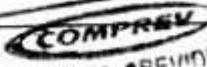
**DECLARAÇÃO DO MEDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)**

DATA DO ACIDENTE: 02/03/18	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 02/03/18
NOME COMPLETO DA VITIMA: WILSON BARBOSA 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 <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
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)**

<b>SEGMENTO ANATOMICO OU ORGÃO AFETADO</b>	
① DIFICULDADE DE DEAMBULAR ② MANEJO DE FLEXÃO E EXTENSÃO COMPROMETIDO EM 50% NA REGIÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. ③ FRAQUEZA / DÉFICIT TÔNUS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.	
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 29/01/19 A 29/01/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
Bezenos 29 Janeiro 2019 LOCAL	DATA
ASSINATURA E CARIMBO	


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

  
 COMPREV - AGENCIA SIA  
 04 FEV 2019  
**PROTOCOLO**  
 AGENCIA RECIFE



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 842747
ATA: 03/03/18	HORA: 23:30	TELEFONE: 928213393		IDADE: 49
OME: Wilson Barbosa de Oliveira		ACOMPANHANTE: Luíza da (Maria José)		
OME DA MÃE: Maria Eunice de Oliveira		BAIRRO: Couto		
ATA DE NASCIMENTO: 16/02/69		N.º: 602		
ND: Rua Frei Lameira		SINAIS VITAIS		
IDADE: Bezerros	A: 132/130 mmHg	HGT: - mg/dL	T: - °C	PESO: - kg
Téc. Enfermagem/COREN				

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO**

**I - Sinais de Emergência imediata**

**CLASSIFICAR COMO VERMELHO**

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

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

**CLASSIFICAR COMO AMARELO**

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

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

**CLASSIFICAR COMO VERDE**

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

- Queixas crônicas sem alterações agudas  Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal  Coriza crônica ou recorrente
- Queimaduras de 1ª grau em áreas não críticas e há mais de 13 horas
- Troca de curativos ou retiradas de pontos
- Administração de medicamento  Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional  Solicitação de exames e receitas não urgentes
- Constipação intestinal sem outros sintomas  Troca ou retirada de sonda

**CLASSIFICAÇÃO**

Vermelho

Amarelo

Verde

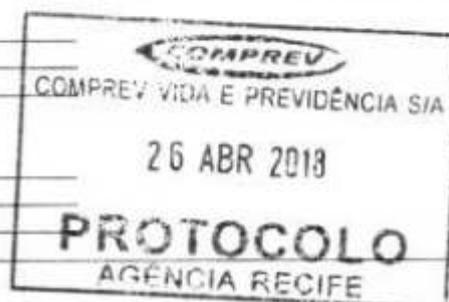
Azul

*Encaminhado pelo CB a UBS em HTE.*

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES



Fabiana Brito  
Enfermeira  
Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

Queixas: Queixa de ruído ao respirar  
controle

Exame físico: ausculta, orientada, ausculta  
pálpebras e tórax  
ausculta de pulmão superior e inferior  
de pulso e tórax

H.D.:

**CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO**

Condução: 1 - Dipirona 0,5mg + 100mg  
2 - Fitoal 0,5mg + 100mg

Cefalotax 0,5mg + 100mg

Dexamet 0,5mg 1mg  
Voltaren 0,5mg 1mg

*[Handwritten Signature]*  
16/35

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

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

  
**Dr. Maurício Cabral**  
 MÉDICO  
 CRM-AM/PE 6.622/23.403  
 Médico - CREMEPE  
 (Carimbo)

Gilson Barbosa de Oliveira  
02/03/18  
Joelho esquerdo





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
 GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

SOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
 331161709 SSP SP

CPF DATA NASCIMENTO  
 668.371.464-91 14/02/1969

FOLIAÇÃO  
 ARDON BARBOSA DE OLIVEIRA  
 MARIA EUNICE DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HNB  
  AD

Nº REGISTRO VALIDEZ Pº HABILITACAO  
 00755520423 01/04/2019 21/05/1998

OBSERVAÇÕES  
 sem observações

GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA  
 ASSINATURA DO PERMISSOR

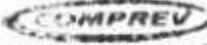
LOCAL DATA EMISSAO  
 RECIFE - PE 03/04/2014

ASSINATURA DO EMISSOR 00605996701  
 PE059055979

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDADE EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 872947460

PROVISÓ PLASTIFICAR  
 872947460

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

Comprens  
 invalida 3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013177542529

GERENCIADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

219378096 2017

GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

BEZERRAS-PE

668.371.464-91

RGL2738

9C2XD0520AR045167

PAZ MOTOCICLETA ALCOGARA901

HONDA/NXR150 BROS MIX E3 2010 2019

22/149CL PARTIC VERMEDHA

IPVA 2017 QUITADO

PREMIO TAXI-FIELD (RE) OF (RE) SEGURANCA TOTAL (SBL) DATA DE PAGAMENTO

BEZERRAS-PE

ZEN RESERVA

BEZERRAS-PE

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
 Diretor Administrativo

04/09/17

Este documento de Danos e Prestações Constitui-se em Documento de Garantia para o veículo em questão, não sendo válido para a emissão de Seguro DPVAT. Para mais informações, leia no verso as condições gerais de cobertura.

PE Nº 013177542529 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

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

34C DPVAT 9890 922 1204

BEZERRAS-PE

04/09/17

668.371.464-91

RGL2738

219378096 HONDA/NXR150 BROS MIX E3 2010 09 9C2XD0520AR045167

PREMIO TAXI-FIELD

BEZERRAS-PE

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT. PIP NIM V NR DPVAT ORTOGRÁFICO

DEZ-2016

COMPREV  
 COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A  
 26 ABR 2018  
 PROTOCOLO  
 AGÊNCIA RECIFE

# 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

**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 Abílio 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 ha 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? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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

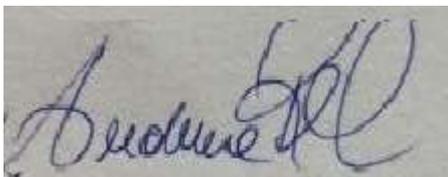
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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 LIDER No Meu processo de  
Solidiez de Sinistro 3190093739 de um  
Acidente Que sofi No dia. 02/03/2018

Fui socorrido pelos Bombeiros e levado para  
A unidade Misjo São José  
Onde fui diagnosticado com uma fratura  
E Que um corte No Perno,  
fui submetido A uma sutura  
E A tratamento com Alacel He Gessador E  
ceto Podotico.

No dia 29/01/2019 fui para uma consulta  
Medica E O Medico Me fez um laudo  
comprovando Que tive uma fratura No  
flotor fibial esquerda de Que já Endei  
para A seguradora.

Estou Enviando Junto com Esso corte  
os Raio-X Que mostram minha lesão,  
por isso solicito uma pericia com o  
Medico, SEGURADORA  
Do SEGURADORA

Gibson Barbosa de Oliveira

