

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200420798

Vítima: DOMICIO BARROS JUNIOR

Data do Acidente: 22/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DOMICIO BARROS JUNIOR

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DOMICIO BARROS JUNIOR**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **00000586-0**

Conta: **0000052422-0**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do SPISST ou ASL: 3 - CPF da vítima: 446.354.864-00 4 - Nome completo da vítima: DOMICIO BARRAS JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEF Nº 040/2012

5 - Nome completo: DOMICIO BARRAS JUNIOR 6 - CPF: 446.354.864-00
7 - Profissão: ATOMAR 8 - Endereço: IZIDORO BARROSO 9 - Número: 3147 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.903.070
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87.97722-1477

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - PREFERÊNCIA DE CONTAS: ☒ CONTA POUANÇA (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: _____

AGÊNCIA: 586 CONTA: 52.422 0 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a 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 de 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 Líder 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos: 30 - Vítima deixou reaturo (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA PE 21/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267003767**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2020** às **09:09**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/8/2020** às **20:15**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO GOMES DE LUCENA, 1, BR-232** - Bairro: **SAO CRISTOVAO**
- **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **56909-235**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDIVALDO ALVES FERREIRA (OUTRO)
DOMICIO BARROS JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

DOMICIO BARROS JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CONCUELO SOUSA BARROS** Pai: **DOMICIO DA SILVA BARROS** Data de Nascimento: **22/5/1964** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2664088/SSP/PE (RG), 44635486400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **AVENIDA ISIDORO CONRADO, 1147, BAIRRO CENTRO - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

EDIVALDO ALVES FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDIVALDO ALVES FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PCH0354** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **111551119** Chassi: **9C2KC2200HR507579**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE, DOMÍCIO BARROS JUNIOR, PARA COMUNICAR

UM ATROPELAMENTO DO QUAL O MESMO FORA VÍTIMA. RELATA O SEGUINTE FATO: QUE, NA DATA E HORÁRIO POR ELE INFORMADOS, ELE TRANSITAVA PELO BAIRRO SÃO CRISTOVÃO NESTA CIDADE E, AO TENTAR ATRAVESSAR A RODOVIA BR-232, UMA MOTOCICLETA QUE FAZIA O SENTIDO BORBOREMA / SÃO CRISTOVÃO VEIO A ATROPELÁ-LO. QUE, COMO ESTAVA ESCURO NÃO PERCEBEU A REFERIDA MOTOCICLETA. QUE, NA OCASIÃO DO OCORRIDO NÃO SABE INFORMAR NADA SOBRE O CONDUTOR DO VEÍCULO, MAS APÓS SOLICITAR A CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 105 / 20 DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR HAVIA NA MESMA A IDENTIFICAÇÃO DA PLACA DA MOTOCICLETA SENDO A MESMA DESCRITA NESTE REGISTRO. QUE, OS BOMBEIROS PRESTARAM SOCORRO PARA A VÍTIMA AQUI PRESENTE E O LEVARAM PARA O HOSPAM ONDE O MESMO FORA ATENDIDO PELO MÉDICO PLANTONISTA, DR. RICARDO BRUNO, CONFORME COPIA DO BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 69 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. NADA MAIS, ENCERRO.

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

DOMICIO BARROS JUNIOR
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**

(Liberado em 06/11/2020 às 09:46)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do SPISST ou ASL: 3 - CPF da vítima: 446.354.864-00 4 - Nome completo da vítima: DOMICIO BARRAS JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEF Nº 040/2012

5 - Nome completo: DOMICIO BARRAS JUNIOR 6 - CPF: 446.354.864-00
7 - Profissão: ATOMIZADOR 8 - Endereço: RIZIDORIO BARRADO 9 - Número: 3147 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.903.070
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87.97722-1477

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - PREFERÊNCIA DE BANCOS: ☒ BANCO POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ REPRESENTANTE LEGAL/BENEFICIÁRIO/INSCREVA-SE EM BANCOS

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 586 CONTA: 52.422 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a 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 de 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 Líder 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos: 30 - Vítima deixou reaturo (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA PE 21/03/2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): DOMICIO BARRAS JUNIOR

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMICIO BARROS JUNIOR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000052422-0

Nr. Autenticação

BRDESCO091220200500000000023700586000000052422236250 PAGO



MOTAFUNGAL - FAYURA - CONTA DE ENERGIA ELET-

DADOS DO CLIENTE

CLASSIFICAÇÃO

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

151A (2) (410) (28-AUG-14)

7014438461

09/2020

16/09/2020

08/10/2020

44.98

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(Watt) TUSD	42.0000000	0.48869745	13.88
Consumo Ativo(Watt) TE	42.0000000	0.36429296	15.30
Cobrança FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3821.1542			10.00

125



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
NÃO ABANDONAR AQUI



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

10

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 6956

Data: 22.08.2020	Hora: 21:13
Nome: DOMINICO BARROS JUNIOR	Profissão: Tatuador
Nome Social:	Responsável: Bombeiro
Nascimento: 22.05.1964	Sexo: M
Escolaridade:	Estado Civil: Solteiro
Mãe: COMPARELA DE SOUZA BARROS	
Endereço: Rua Saldanha Lima 1445	
Bairro: Centro	Município: B. FA
Cartão SUS: —	RG/CPF: —
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☒ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa: Trauma no MTD após acidente motociclistico (Deformidade e lesão sangramento local)

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow: 15

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fotografia:

Carimbo e Assinatura:

Paulo Cesar Ferraz
Enfermeiro Emergência
COREN-PE 238-943

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico: paciente vítima de acidente de moto, com traumas pelos membros com história de trauma no MTD

Tratamento:

- Rx do MTD (R)
- valterem - clamping, 2ml
- dipronalg - clamping, 2ml

Hipótese Diagnóstica:

Politrauma

Carimbo e Assinatura:

Dr. Ricardo Bruno
Médico
CREMPE 23409

Relatório de Operação

Nome do Paciente <u>Domício Barreto Junior</u>		Número do Registro <u>5347</u>
Clínica		Número do Leito
Operador		
1º Assistente	2º Assistente	
Instrumentador	Anestesista	
Anestesia	Duração	
Data da Operação <u>23/08/2020</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório <u>FRATURAS DO OSSO DA PERNA</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O HEM</u>		
Operação Proposta <u>FIXAÇÃO EXTERNA</u>		
Operação Realizada <u>O HEM</u>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- Anestesia
- ASSÉPTICO
- FIXAÇÃO DO FIO DE LIGAMENTO LINEAR
- CURATIVO

Eberlino Antônio da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15122

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Exatidão
Removido para o hospital:	<i>Hospital</i>			
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura

Dr. João Roberto M. Pires
CRM 7506

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

*Rx - fratura de fêmur e
 fêmur*

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado à Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Localizado a família

Assinatura
CRM 7506

P♦♦ReadBreak

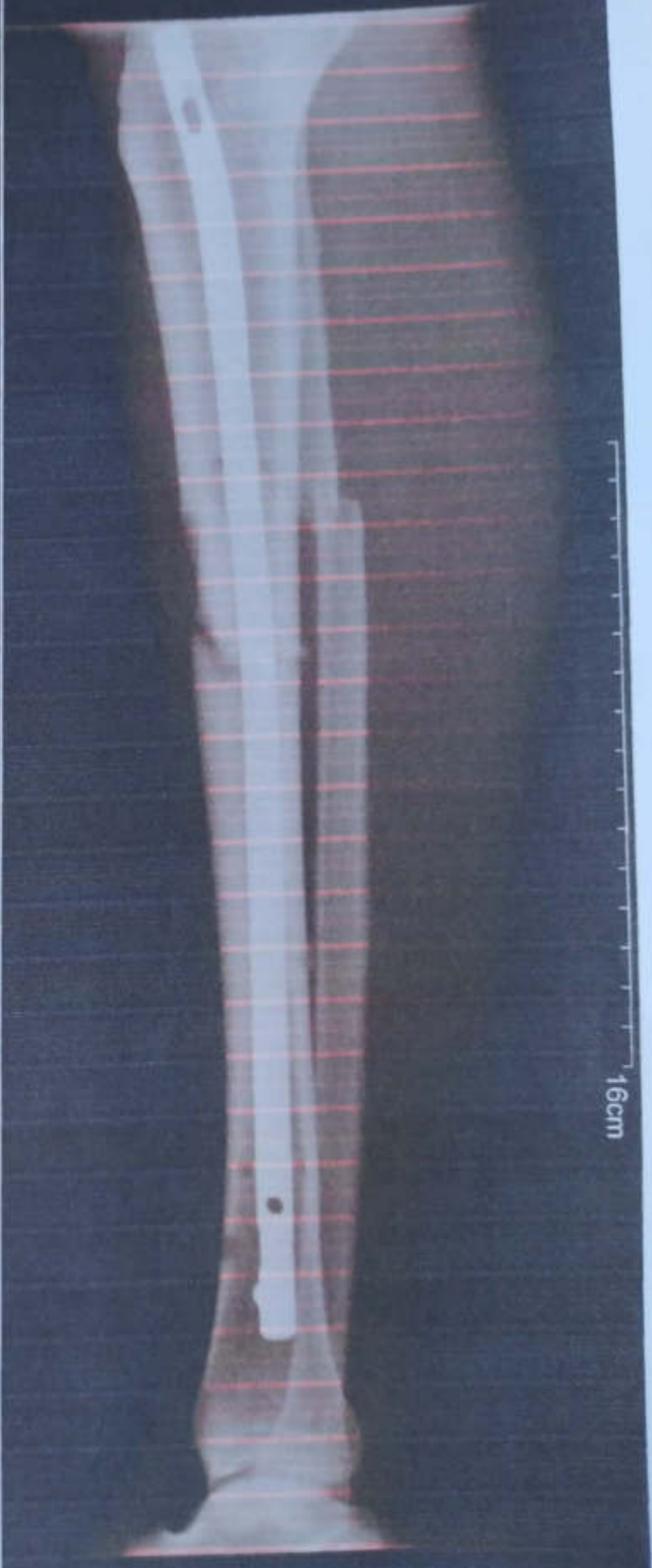
DOMICIO BARROS JUNIOR Data de aquis.:14/09/2020
Sex:Mascul. Hora de aquis.:08:44:08
Data de nascimento:22/05/1964 Índice de exp.:1456
ID: PAT016463

-CEM
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dir.



DOMICIO BARROS JUNIOR Data de aquis.:14/09/2020
Sex:Mascul. Hora de aquis.:08:46:25
Data de nascimento:22/05/1964 Índice de exp.:1582
ID: PAT016463



CEM - CTO DE ESPECIALIDADES MEDICAS LTDA CNPJ 23834924000199 End: R. JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA TALHADA-PE CEP-56912450 F

O(A) paciente **DOMICIO BARROS JUNIOR**foi atendido(a) nesta unidade de serviços médicos em **31/08/2020**

Devendo:

- ☐ Voltar ao trabalho
- ☐ Permanecer em repouso hoje
- ☐ Permanecer em repouso por 90 dias

A partir de 14/09/2020

SERRA TALHADA, 14 DE SETEMBRO DE 2020

CID: S82.2
Ebene Antonio da Silva
Ortopedista

MÉDICO

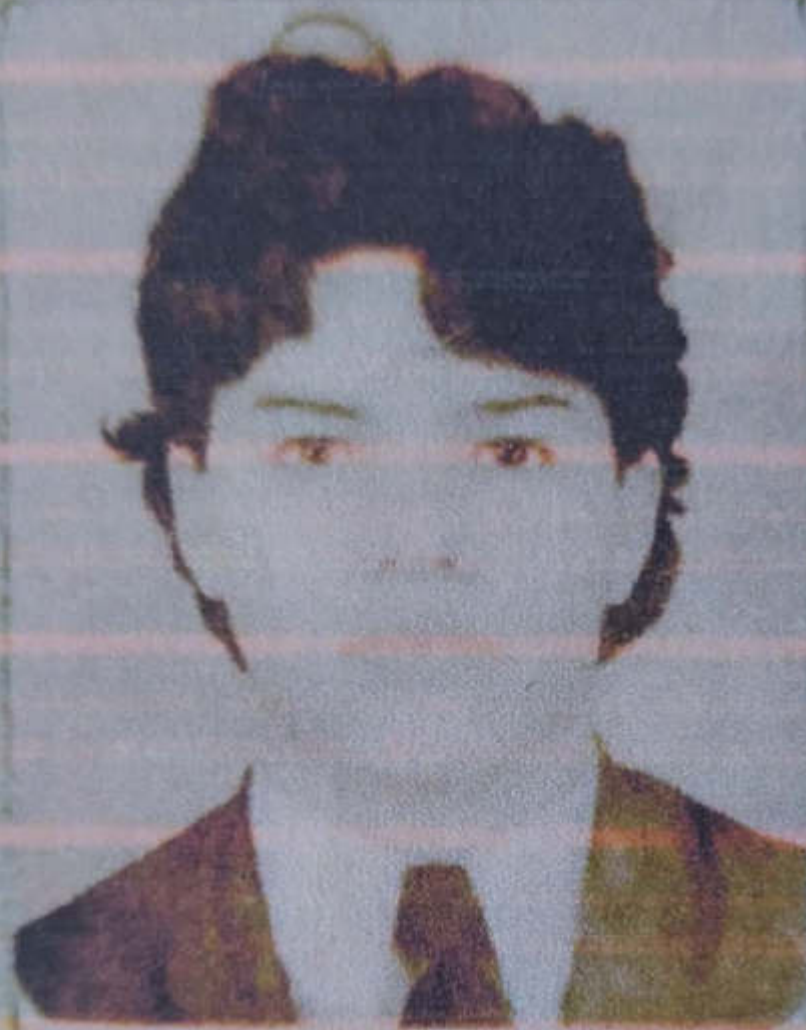
EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM 15122-PE

ESPECIALISTAS:

- Traumatologista/Ortopedista
- Anestesiologista - Especializada em acupuntura, dor crônica e ondas de choque
- Ultrassonografia
- Medicina Ortomolecular
- Neurocirurgião

- Nutricionista
- Reumatologista
- Fisioterapeuta
- Cardiologista - Crianças e recém nascidos
- Hematologia e Hemoterapia
- Clínica Geral

(CÉDULA DE IDENTIDADE)



FOTOGRAFIA DIREITA



Dominico Barzón *Assessor*

SIGNATURA DO PORTADOR

(VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

REPÚBLICA DE GUAYANA FRANCESA

ESTADO DE GUAYANA FRANCESA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

2664088

DOMICÍLIO BARRIO JARDIM

Domicílio de Silva, Raimundo

Conquero, Raimundo

Setor Tatuagem - 12/05/1964

12/05/1982

Assessoria de Identificação de Guayana Francesa

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NASCIMENTO

22.05.64

INSCRIÇÃO NO CPF

446 354 864 00

CONTRIBUINTE

DOMICIO R. JUNIOR

Assinatura: N.º 20413
SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200420798 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMICIO BARROS JUNIOR **Data do acidente:** 22/08/2020 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA E DA FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO / HASTE INTRAMEDULAR). P.2/4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco
CBMPE - 3ºGB - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro cachoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 28 de setembro de 2020.

CRISTIANO CORRÊA
Ten Cel BM - Cmt do 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 105 / 2020 - 3ºGB - DOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **DOMÍCIO BARROS JUNIOR (VÍTIMA)**, RG 2664088 SSP/PE, CPF 446.354.864-00, residente à Rua Isidoro Conrado, 1147, Centro, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura AR 656 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 20:50h do dia 22 de agosto de 2020, comandada pelo TEN QOC/BM 720006-4 WLADIMIR JOSÉ LOPES MARTINS para uma ocorrência de **APH (ATROPELAMENTO DE PEDESTRE)**, nº B (1423727), sendo vitimado o solicitante, o qual declarou ter sido atropelado pelo veículo, marca/modelo, **HONDA/CG 160 FAN ESDI**, placa **PCH-0354**, vermelha, no momento em que transitava nas proximidades do Km 408 da BR 232, São Cristóvão, Serra Talhada-PE. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. A vítima apresentava a seguinte lesão aparente: ferimento no membro inferior direito. O mesmo foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados da Enfa. **MONIQUE GONÇALVES**, COREN 300696, prontuário 69.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pelo SD QBMG 1/718149-3 **JOSÉ HUMBERTO PEREIRA** e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e certificada pelo Comandante da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000248.000267/2020-46



Documento assinado eletronicamente por **José Humberto Pereira**, em 29/10/2020, às 10:32, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Wamberg Rodrigues dos Santos**, em 29/10/2020, às 11:24, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Correa**, em 04/11/2020, às 10:27, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

Resultado do Relatório de Movimento de Veículos

Data: 06/11/2020
Hora: 09:09:02

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
Delegacia de Polícia de Repressão ao Roubo e Furto de Veículos
Informações do veículo de placa : PCH0354

[Gerar relatório em PDF.](#)

Nome proprietário: EDVALDO ALVES FERREIRA

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: MOTOCICLETA

Espécie: PAS

Combustível: ALCO/GASOL

Marca / Modelo:

HONDA/CG 160 FAN ESDI

Marca: HONDA

Cor: VERMELHA

Ano Fabricação: 2017

Município: SERRA TALHADA

Logradouro: RUA PROJETADA

Número: 111

Bairro: VARZEA

Cep: 56900-000

Complemento: CASA

Chassi: 9C2KC2200HR507579

Restrição:

AL. FID. ADM CONS NAC
HONDA LTDA

Renavam: 1115511197

Licenciamento: R\$ 0,00

IPVA: R\$ 0,00

Seguro: R\$ 0,00

Bombeiro: R\$ 0,00

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 0,00

Situação Bin: NORMAL

B.O.

Ano B.O.

Placa

UF, Placa

Chassi

Tipo Movimento

Nova Pesquisa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334398/20

Vítima: DOMICIO BARROS JUNIOR

CPF: 446.354.864-00

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 22/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DOMICIO BARROS JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DOMICIO BARROS JUNIOR : 446.354.864-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/11/2020
Nome: DOMICIO BARROS JUNIOR
CPF: 446.354.864-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

DOMICIO BARROS JUNIOR

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES