

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, 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.

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 Distrito ou ASL:

3 - CPF da vítima:
446.354.864-00

4 - Nome completo da vítima:

Domicio Barros Júnior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEF Nº 045/2012

5 - Nome completo:

Domicio Barros Júnior

6 - CPF:
446.354.864-00

7 - Profissão:

Atormento

8 - Endereço:

Trindade Conrado

9 - Número:
3747

10 - Complemento:
0151

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SERRA CALHADA PE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.403.090

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(87) 49198-1422

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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 COPIA).

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 - Dados da Conta:

CONTA POUQUINHA (Indenização)

REPRESENTANTE LEGAL PELA VERIFICAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

CONTA POUQUINHA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (201)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

566

CONTA: 53.422 0

(Informar o dígito se exibir)

(Informar o dígito se exibir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se exibir)

(Informar o dígito se exibir)

Autorizo à 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 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 Lider para verificação de 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

Vivos: _____

Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 rogo)

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SERRA CALHADA PE 21/03/2020

Domicio Barros Júnior

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 - DP177ª CIRC
DINTER2/21º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267003767**

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

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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** Mão: **CONCUENO 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: **2º. 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 N° 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 N° 69 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. NADA MAIS, ENCERRO.

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

DOMICIO BARROS JUNIOR
(VITIMA)

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

2 - Nº do Distrito ou ASL:

3 - CPF da vítima:
446.354.864-00

4 - Nome completo da vítima:

Domicio Barros Júnior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEF Nº 045/2012

5 - Nome completo:

Domicio Barros Júnior

6 - CPF:
446.354.864-00

7 - Profissão:

Ativismo

8 - Endereço:

Trindade Conrado

9 - Número:
3747

10 - Complemento:
0151

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SERRA ALTA/DA PE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:
56.403.090

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
87-99128-1422

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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 COPIA).

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 - DADOS BANCÁRIOS

CONTA POUPANÇA (Indicar se existir)

REPRESENTANTE LEGAL PODE VERIFICAR DA INDENIZAÇÃO DA VITIMA E PAGAR

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (201)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

566

CONTA: 53.422 0

(Informar o dígito se exibir)

(Informar o dígito se exibir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se exibir)

(Informar o dígito se exibir)

Autorizo à 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 de 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de Parentesco com vítima: 24 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

26 - Vítima: Sim Não 27 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos 28 - Vítima deixou reatriz (alma-mãe): Sim Não 29 - Vítima teve irmãos?: Sim Não 30 - Vítima deixou irmãos: Sim Não 31 - Vítima teve avós?: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 rogo)

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

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

40 - Local e Data:

SERRA ALTA/DA PE 21/03/2020

Domicio Barros Júnior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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: 00000052422-0

Nr. Autenticação

BRADESCO9122020050000000002370058600000052422236250 PAGO

**CELPE**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE - CEP 51050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscri. Est. 0009943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DOMÍCILIO DA FAMÍLIA: RUA 100 N°

CEP: 446.254-004-00

CLASSIFICAÇÃOBT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

12389573	UNICA	09/08/2020
18/09/2020	2011850680	36H8577

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 100 DOMÍCILIO DA FAMÍLIA: 1147CENTRO SENHRA TALHADA
SENHRA TALHADA/PE
56910-090

7014438461	09/2020
16/09/2020	08/10/2020
	44,98

DETALHAMENTO DA FATURA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo LINHA TUSD	42.000,0000	0,46669745	19,68
Consumo Ativo LINHA TE	42.000,0000	0,35429298	15,30
Oração FUNDACAO TEHRA - (087) 3821-1542			10,00

VALIDADE FATURA:

44,98



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Data:	22.08.2020	Hora:	21:13	Nº:	6956
Nome:	Romulo Barro Júnior			Profissão:	Trotin
Nome Social:				Estado Civil:	Solteiro
Nascimento:	22.05.1964	Sexo:	M	Responsável:	Boninho
Escolaridade:					
Mãe:	Consuelo de Souza Barro				
Endereço:	Rua Soárez, Edifício 1445				
Bairro:	Centro	Município:	B.FA	Fone:	9
Cartão SUS:				RG/CPF:	
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

Injuria no M/D após acidente
motociclistico (deformação e fratura
severante lócol)

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow: /5

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Flutograma: *ORTOSTATICA*

Carimbo e Assinatura:

J
Paulo Cesar Fernaz
Enfermeiro Emergencial
FOREN-PE 238-943

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico: *paciente vítima de
acidente de moto, com
trauma pelo chão, com lesões com
sintomas de trauma no M/D*

Tratamento:

- Rx do M/D *R*
- valeren - dant, zrj
- alpronalg - dant, zrj *zrj*

Hipótese Diagnóstica:

Poli-trauma

Carimbo e Assinatura:

*M. Luciano Bruno
Médico
CNPJ 23409*

Relatório de Operação

Nome do Paciente	<i>Damcio Barreto junior</i>		Número do Registro	5347
Clinica			Número do Leito	
Operador				
1º Assistente	2º Assistente			
Instrumentador	Anestesista			
Anestesia	Duração			
Data da Operação	23/08/2020	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fratura do osso ilíaco</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório	<i>O nervo</i>			
Operação Proposta	<i>fixação externa</i>			
Operação Realizada	<i>O nervo</i>			

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- Anestesia

PSICOOL

Fixações por fixar externo linear

- Coluna:

*Eduardo Antônio da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 16122*

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente	Internado	Residência	Transferido	Pronto
Removido para o hospital:	Hospital Fluminense - RJ			
Óbito às	hrs do dia			

De Interdito de 06/06/2016 a 06/07/2016

Carimbo e Assinatura

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

Rx - fratura de fíbula e
tibia

Exames Solicitados:

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

PREScrição MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado à Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Socalizado a família

Readbreak

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

-CEM
CENTRO DE EXAMES CLÍNICOS MÉDICOS

Dir.

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

16cm

16cm

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

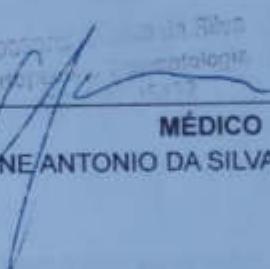
Devendo:

- 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

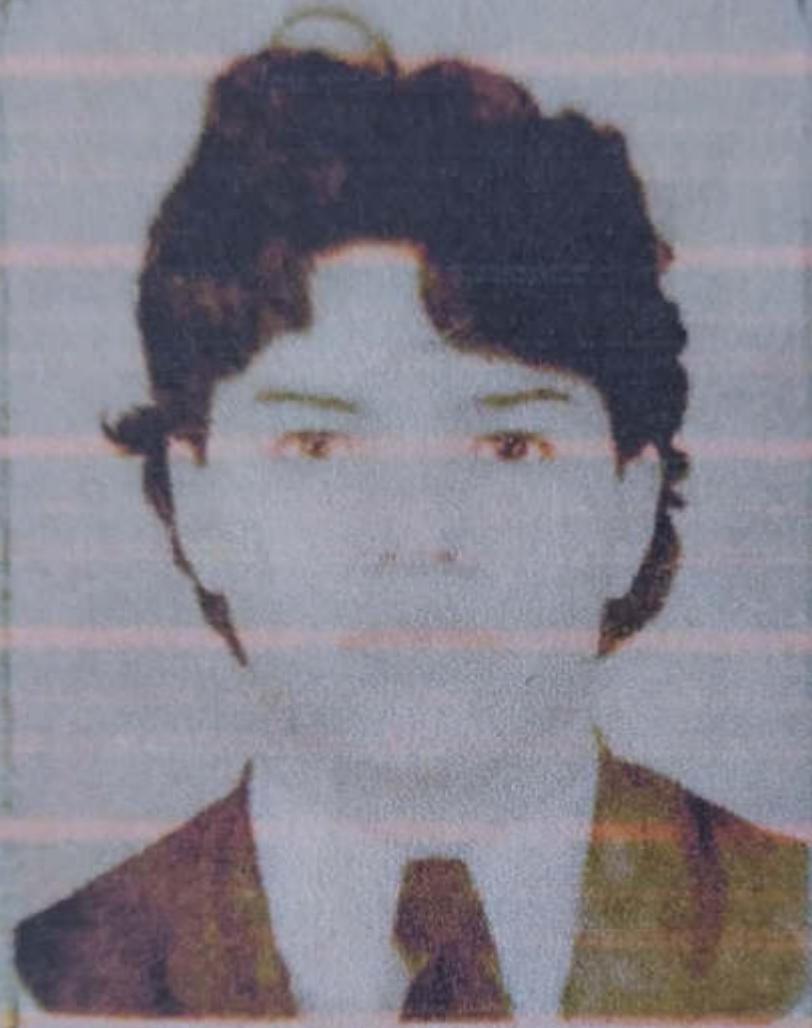
CID: S82.2

Ebenone Antonio da Silva
CRM 15122-PE

MÉDICO
EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM 15122-PE

ESPECIALISTAS:

- Traumatologista/Ortopedista
- Anestesista - 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

CEDULA DE IDENTIDADE



MOLDEAR DIREITO



Deassio
Braz
Monteiro

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NASCIMENTO
22.05.64

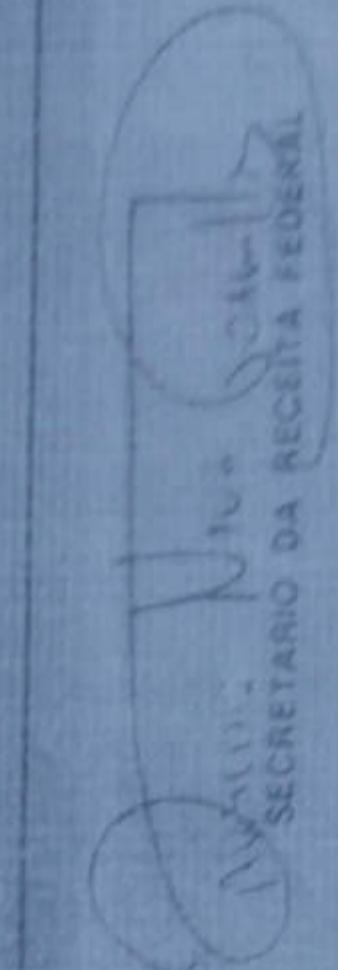
INSCRIÇÃO NO CPF

146 354 964 00

CONSUMPTO

DOMÍCILIO

JUNIOR



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.

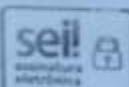
CRISTIANO CORRÊA
Ten Cel BM - Cmt do 3º GB

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 emisse 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), n.º B (1423727), sendo vitimado o solicitante, o qual declarou ter sido atropelado pelo veículo, marca/modelo, HONDA/CG 160 FAN ESDI, placa PCH-0354, vermeia, 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 Q8MG 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/08/2020

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

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