



Número: **0006141-66.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE IVANILDO DOS SANTOS (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97037 660	19/01/2022 10:25	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BORTT

REGISTRO GERAL 6.037.978

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/07/2014

NOME << MARIA JOSÉ DE ANDRADE >>

FILIAÇÃO << LUIS DE ANDRADE SOBRINHO >>  
<< HELENA FELIX DE ANDRADE >>

NATURALIDADE CHÁ GRANDE - PE

DATA DE NASCIMENTO 12/07/1981

DOC. ORIGEM << CN.10280 L.408 F.282V CART. CHÁ GRANDE-PE 20.08.2002 >>

CPF 039.513.924-44

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-52 48.776 - 3.031

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.037.978

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/07/2014

NOME << MARIA JOSÉ DE ANDRADE >>

FILIAÇÃO << LUIS DE ANDRADE SOBRINHO >>  
<< HELENA FELIX DE ANDRADE >>

NATURALIDADE CHÁ GRANDE - PE

DATA DE NASCIMENTO 12/07/1981

DOC. ORIGEM << CN.10280 L.408 F.282V CART. CHÁ GRANDE-PE 20.08.2002 >>

CPF 039.513.924-44

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-52 48.776 - 3.031

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

29 OUT 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE





**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

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

Número do Sinistro: [3200389596](#)

Nome do(a) Examinado(a): [JOSE IVANILDO DOS SANTOS](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Edson B de Oliveira, 24, , Chã Grande/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP / 6244970](#)

Data e local do acidente: [30/06/2020 - Gravatá/PE](#)

Data e local do exame: [12/11/2020 - Caruaru/PE](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -8.27885 , longitude: -35.96984](#)

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

[fratura exposta do rádio e ulna direita e fratura fechada de Galeazzi a esquerda](#)

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

[Quadro submetido a osteossíntese com placas e parafusos](#)

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

Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 20°, desvio radial aos 10°, pronação aos 60°, supinação aos 20°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[Dano do punho esquerdo e direito](#)

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

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 (\*)



() "Vítima em tratamento"

() "Sem seqüela 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.

Punho Direito - Intenso - 75%

Punho Esquerdo - Médio - 50%

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

  
Andréa R. Madeira  
CRM - 19953





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 053773574-77 4 - Nome completo da vítima: José Manoel dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: José Manoel dos Santos 6 - CPF: 053773574-77  
7 - Profissão: Recusou-se R. Odson B. de Oliveira 8 - Endereço: \_\_\_\_\_ 9 - Número: 24 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Helder Camara 12 - Cidade: Chã Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): (81) 9668-4814

**DADOS CADASTRAIS**  
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 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 35928 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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**

**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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
 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.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

**MORTE**  
23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
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: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

**NÃO ALFABETIZADO** 34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
**TESTEMUNHAS**  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
**PROTÓCOLO AGÊNCIA RECIFE**  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Chã Grande, 29/09/20  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) José Manoel dos Santos  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_





CNPJ 09.789.035/0001-64  
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA 20 DE DEZEMBRO - NÚM. - 00910 - CENTRO  
 CHA GRANDE PE 55636-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 7433085 Ago/2020	
LUIZ DE ANDRADE SOBRINHO			
R EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, N. 00074 - DOM HELDER CAMARA CHA GRANDE PE 55636-000			
INSCRIÇÃO: 045.175.535.0300.000 GRUPO: 6 DEB. AUTOMÁTICO: 007433085			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
HORÍMETRO A1110087224	DATA LEIT. ANTERIOR 29/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 28/01/2020	TIPO DE CONSUMO (M3) MEDIA HD
ÁGUA: LEIT ANT: 756 CONSUMO: 6 LEIT ATU: 756 LEIT FAT: 756 HD PARADO			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO			
		NÚMERO DE AMOSTRAS	
	PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/13	ANÁLISES REALIZ. ATENDIM. A LTO. S
07/2020	06	TURBIDEZ 18	22 7
06/2020	06	COR APARENTE 18	22 1
05/2020	06	CLORO RESIDUAL 18	22 2
04/2020	06	COLIF. TOTAIS 18	22 21
03/2020	06	E.COLI 18	22 22
02/2020	06		
MEDIA:	06		
Qualidade de Água: <a href="http://www.compesa.com.br">www.compesa.com.br</a>			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 75% DAS AMOSTRAS EXAGERADAS; (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA; (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		6 M3	44,08
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÓSTO
PD	44,08	1,65	0,73
CS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/09/2020 TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEN:





CNPJ 09.769.035/0001-64  
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

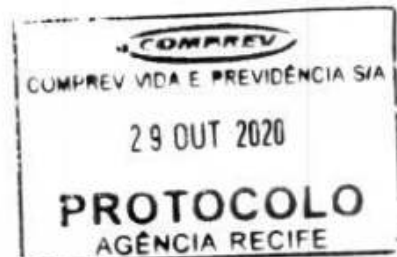
ATENDIMENTO: AVENIDA 20 DE DEZEMBRO - NUM. - 00910 - CENTRO  
 CHA GRANDE PE 55636-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 7433085 Ago/2020	
LUIZ DE ANDRADE SOBRINHO			
R EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, N. 000/4 - DOM HELDER CAMARA CHA GRANDE PE 55636-000			
INSCRIÇÃO: 045.175.535.0300.000 GRUPO: 6 DEB. AUTOMÁTICO: 007433085			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIZADORES COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
		1	
HIDRÔMETRO A11U087224	DATA LEIT. ANTERIOR 29/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 28/08/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD
<b>ÁGUA:</b> LEIT ANT: 756 CONSUMO: 6 LEIT ATU: 756 LEIT FAT: 756 HD PARADO			
<b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b> REFERENCIA CONSUMO			
	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS	
07/2020 06		EXIG. PORT. MS 2.914/13	ANALISES REALIZ. ATENDIMENTO A LEGIS
06/2020 06	TURBIDEZ	18	22
05/2020 06	COR APARENTE	18	22
04/2020 06	CLORO RESIDUAL	18	22
03/2020 06	COLIF. TOTAIS	18	22
02/2020 06	E. COLI	18	22
MEDIA: 06			
Qualidade de Água: <a href="http://www.compesa.com.br">www.compesa.com.br</a> OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS; (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, SCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA; (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		6 M3	44,08
Valor Total	BASE DE CÁLCULO	Residencial (%)	VALOR DO IMPORTE
R\$ conta	44,08	1,65	0,73
	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/09/2020

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:



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 IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria José de Andrade inscrito (a) no CPF/CNPJ 039513924, 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Ivanildo dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 053773374, 77, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Ivanildo dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053773374, 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>R. Edison Bezerra de Oliveira</u>		<u>04</u>	<u>casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>10. Helder Câmara</u>	<u>Chã Grande</u>	<u>PE</u>	<u>55636-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>(81) 9668-4814</u>		

Chã Grande, 29 de 09 de 20  
Local e Data

Maria José de Andrade  
Assinatura do Declarante





Prefeitura de  
**GRAVATÁ**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ**  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gravatá, 11 de Agosto de 2020.

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sr. **JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 30 de junho de 2020, ID-0060, vítima de acidente motociclístico, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA  
Coordenadora Geral

COREN 103674

Jacqueline Augusta do N. Oliveira  
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá



Endereço: Rua XV de Novembro, 121 – Nossa Senhora das Graças – Gravatá - PE.  
CEP: 55.642-550 Fone/Fax (81) 3563-9024/9025.  
CNPJ: 10.710.822/0001-10  
saúde@prefeitura.degravata.pe.gov.br  
www.prefeituradegravata.pe.gov.br






GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÁ GRANDE - DP67ªCIRC  
DINTER/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0157000397**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2020** às **15:59**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **30/6/2020** às **18:10**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 01, POR TRAS DO PARQUE CAROATA -**  
Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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

0 ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE ADIELSON DOS SANTOS ( OUTRO )  
JOSE IVANILDO DOS SANTOS ( VITIMA )

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE IVANILDO DOS SANTOS

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

**JOSE IVANILDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS Pai: MANOEL JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 5/10/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 24, RUA DO SOL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**JOSE ADIELSON DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: M Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ADIELSON DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESDI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDW8215** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

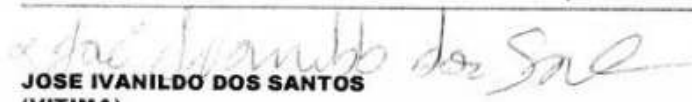



17/08/2020 15:59

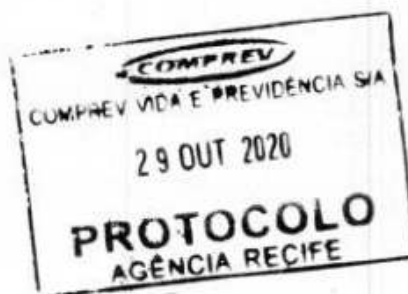


**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A VITIMA INFORMANDO QUE NO REFERIDO DIA SOFREU UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SEGUNDO O MESMO QUANDO TRAFEGAVA COM O VEICULO PARA SEU TRABALHO, AO ENTRAR NA CURVA COLIDIU COM UM ANIMAL ( CAVALO) VINDO A SOFRER LESÃO E FRATURAS NOS DOIS BRAÇOS CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA UNIDADE POLICIAL. A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DAQUELA CIDADE E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES. SEM MAIS NADA A DECLARAR**

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

  
**JOSE IVANILDO DOS SANTOS**  
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA** - Matrícula: 273355-2



17/08/2020 15:5





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 053773574-77 4 - Nome completo da vítima: José Ivanildo dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: José Ivanildo dos Santos 6 - CPF: 053773574-77  
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: R. Odson B. de Oliveira 9 - Número: 24 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Helder Camara 12 - Cidade: Chã Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): (81) 9668-4814

**DADOS CADASTRAIS**  
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 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 35928 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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**

**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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
 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.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

**MORTE**  
23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

**NÃO ALFABETIZADO** 34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
**TESTEMUNHAS**  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Chã Grande, 29/09/20  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) José Ivanildo dos Santos  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_





**COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
29 OUT 2020  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE





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

**Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200389596**

**Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 30/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA JOSE ANDRADE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE IVANILDO DOS SANTOS**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000035928-8**

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





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

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT:** 3200389596      **Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 30/06/2020      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** MARIA JOSE ANDRADE

**Assunto:** INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

**Senhor(a),** JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00913/00914 - carta\_02 - INVALIDEZ

00030467



Carta nº 16298462



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000035928-8

---

---

Nr. da Autenticação 80E69030F54CB044



## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS  
portador(a) do documento de identidade n°: 6.244.970, expedido por SDS/PE, em 29/04/2015, inscrito no CPF sob o n°: 053.773.574-77,  
residente: R. EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, n°: 04 complemento: CASA,  
Bairro: DOM HELDER PARRA, cidade: CHÃ GRANDE, Estado PE.

2. OUTORGADO: MARIA JOSÉ DE ANDRADE  
portador(a) do documento de identidade n°: 6.037.978, expedido por SDS/PE, em 22/07/2014, inscrito no CPF sob o n°: 039.513.924-44,  
residente: R. EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA, n°: 04 complemento: CASA,  
Bairro: DOM HELDER PARRA, cidade: CHÃ GRANDE, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS. Acidente ocorrido no dia 30/06/2020, do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez.

CHÃ GRANDE, 14 de SETEMBRO de 2020



OUTORGANTE:

José Ivanildo dos Santos

(reconhecer firma por autenticidade)

**lp** Registro Civil de Pessoas Naturais do Município de Chã Grande  
Luana Pilon - Tabeliã

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.

Adeima Pedrosa da Silva Teles Gomes (Substituta)



Chã Grande, 14 de setembro de 2020. Em test. luana

**COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**  
CNPJ nº 07.430.278/0001-00, inscrita no CNPJ nº 07.430.278/0001-00 pelo 0074302.RGM08202009.D1649  
E-mail: R5.8.67.TSNR.R5.0.82.FERC.R5.3.45.FERM.R5.0.04.FUNSEG.R5.0.08.Totol.R5.5.04

29 OUT 2020

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309285/20

**Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS

**CPF:** 053.773.574-77

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 30/06/2020

**Titular do CPF:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### MARIA JOSE ANDRADE : 039.513.924-44

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSE IVANILDO DOS SANTOS : 053.773.574-77

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2020  
Nome: MARIA JOSE ANDRADE  
CPF: 039.513.924-44

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

MARIA JOSE ANDRADE

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200389596 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 11/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO  
FRATURA FECHADA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (GALLEAZI)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA. P3 4 5

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @7 10 \*\* VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150714426 DE 28/06/2015) EM Limitação funcional INTENSA do punho direito

PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200389596 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 11/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO  
FRATURA FECHADA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (GALLEAZI)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA. P3 4 5

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @7 10 \*\* VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150714426 DE 28/06/2015) EM Limitação funcional INTENSA do punho direito

PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200389596 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do rádio e ulna direita e fratura fechada de Galeazzi a esquerda

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 20°, desvio radial aos 10°, pronação aos 60°, supinação aos 20°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a osteossíntese com placas e parafusos  
Alta médica

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional de grau médio no punho esquerdo  
Déficit funcional de grau intenso no punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/11/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima indenizada ,sinistro anterior ( 3150714426), em 75 % do punho direito, após nova avaliação não há indenização complementar a receber em punho 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 dos punhos	25 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200389596 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do rádio e ulna direita e fratura fechada de Galeazzi a esquerda

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 20°, desvio radial aos 10°, pronação aos 60°, supinação aos 20°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 40°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a osteossíntese com placas e parafusos  
Alta médica

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional de grau médio no punho esquerdo  
Déficit funcional de grau intenso no punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/11/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima indenizada ,sinistro anterior ( 3150714426), em 75 % do punho direito, após nova avaliação não há indenização complementar a receber em punho esquerdo.

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>






PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

Transm 50mg 200 cm  
 CETOPILO 100mg 180 cm

  
 Dr. Nelson Manoel P. da Cunha  
 Médico - CRM - 74494/PE  
 30 JUN 2020

HOF: Transmido - D. H. T. P. S. S. S.  
 5966 737

ALTA

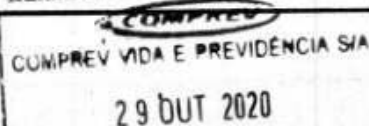
HORA:

DATA

CURADO  MELHORADO  A PEDIDO

TRANSFERIDO  ADMINISTRATIVO  ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

  
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
 29 OUT 2020

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

  
 PROTOCOLO  
 AGÊNCIA RECIFE





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS	Nº DO REGISTRO: 1113188
CLINICA: ORTOPEDIA	Nº DO LEITO: 27-1

OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS

1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA	2º ASSISTENTE: DR JOAO E BRUNO
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR EVERTON
ANESTESISTA: SEDAÇÃO + BLOQUEIO	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 7/7/2020	INÍCIO:	FIM:
----------------------------	---------	------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO

OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO EM FACE VOLAR DE ANTEBRAÇO (HENRIQUE)
5. DISSECÇÃO POR PLANOS
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA EM RÁDIO
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
8. APOSIÇÃO DE PLACA DCP + 6 PARAFUSOS
9. PASSAGEM DE 7 PARAFUSOS CORTICAIS
10. VISUALIZADA BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
11. INCISÃO DIRETA SOB A ULNA
12. VISUALIZADA FRATURA COMINUTIVA DE ULNA
13. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
14. APOSIÇÃO DE 1 PLACA DCP SOBRE A ULNA E 6 PARAFUSOS CORTICAIS
15. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO
16. A SR

**COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
29 OUT 2020  
**PROTÓCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

MATERIAL UTILIZADO:  
EMPRESA: ORTOMÉDIA  
12 PARAFUSOS CORTICAIS  
2 PLACA DCP FUROS

Bruno Carvalho  
Médico  
CRM: 28949





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS	Nº DO REGISTRO: 1113188
CLINICA: ORTOPEDIA	Nº DO LEITO: 27-1
OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS	
1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA	2º ASSISTENTE: DR JOAO E BRUNO
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR EVERTON
ANESTESISTA: SEDAÇÃO + BLOQUEIO	DURAÇÃO:
DATA DA OPERAÇÃO: 7/7/2020	INÍCIO:
	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE E FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO	
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO	

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO EM FACE VOLAR DE ANTEBRAÇO (HENRY)
5. DISSECÇÃO POR PLANOS
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA EM RÁDIO
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
8. APOSIÇÃO DE PLACA DCP + 6 PARAFUSOS
9. PASSAGEM DE 7 PARAFUSOS CORTICAIS
10. VISUALIZADA BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
11. INCISÃO DIRETA SOB A ULNA
12. VISUALIZADA FRATURA COMINUTIVA DE ULNA
13. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
14. APOSIÇÃO DE 1 PLACA DCP SOBRE A ULNA E 6 PARAFUSOS CORTICAIS
15. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO
16. A SR

MATERIAL UTILIZADO:  
EMPRESA: ORTOMÉDIA  
12 PARAFUSOS CORTICAIS  
2 PLACA DCP FUROS





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
ORTOPEDIA EMERGÊNCIA

NOME: JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS REG: 1113188

DATA: 01/07/2020

CIRURGIÃO: DR. BAUDEL

PRIMEIRO AUXILIAR: DR. THIAGO COUTINHO

ANESTESISTA: DR. FABIO

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO MSD

HORA DO INICIO : 15:00 HORA DO TÉRMINO 16h

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE RADIO + ULNA DIREITO COM EXPOSIÇÃO > 12 HORAS + FRATURA GALLEAZI DE ANTEBRAÇO ESQUERDO FECHADA

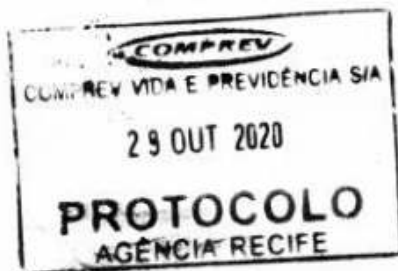
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MSD
- 3) VERIFICADA LESÃO POR FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRAÇO DIREITO COM EXPOSIÇÃO DE 3 CM COM > 12 HORAS DE EVOLUÇÃO (TRAUMA DIA 30/06 ÀS 6h)
- 4) AMPLIAÇÃO DE EXPOSIÇÃO, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
- 5) SUTURA COM NYLON
- 6) CURATIVO, BOA PERFUSÃO DISTAL, TALA AXILOPALMAR DIREITA
- 7) À SR

OBS: PACIENTE OBESO COM ASMA GRAVE, FOI NECESSÁRIO USO DE GRANDE VOLUME ANESTÉSICO EM MSD (BLOQUEIO DE PLEXO) IMPOSSIBILITANDO ANESTESIA DE MSE E FIXAÇÃO DE GALLEAZI. NO ANTEBRAÇO DIREITO FRATURA EXPOSTA DE > 12 HORAS COM 3CM DE EXPOSIÇÃO, IMPOSSIBILITANDO FIXAÇÃO PRIMÁRIA EM URGÊNCIA.





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Idade: 39 Anos 8 Meses 25 Dias Nasc. 05/10/1980

Sexo: MASCULINO CNS: 708408236796560

Contatos: 81. 92965329 | Celular: 81.

Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

Endereço: RUA DO SOL, N.º 24 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 30/06/2020 21:33  
Prontuário: 1113188  
Nº. Atendimento: 3457336  
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico: EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA

### Admissão

#### Queixa Principal

acidente de moto às 18h, nega desmaio ou vômito, refere ingestão alcoólica, Refere dor em antebraços. Nega desmaio ou vômito, nega cefaléia, nega cervicalgia.

#### História Clínica

acidente de moto às 18h, nega desmaio ou vômito, refere ingestão alcoólica, Refere dor em antebraços. Nega desmaio ou vômito, nega cefaléia, nega cervicalgia.

#### Exame Físico

dor + deformidade em antebraços, ferimentos em face ulnar do antebraço direito, boa perfusão distal membro aquecido

#### Observações

#### Conduta

internamento.

EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA - CRM: Nº.61044

Data/Hora: 30/06/2020 - 21:43

PRÓTESE

REVISADO

10/07/20  
Walter



de acordo d  
origina  
Dul

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70  
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



	<b>SES</b> <b>HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS</b> End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipló – Recife – PE PABX 31828500
---	---

**RESUMO DE ALTA**

Nome: JOSE IVANILDO DOS SANTOS		
Reg: 1113188	Enf: 27	Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 30/06/2020	DATA DE SAÍDA: 08/07/2020
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA DE OSSOS DE AMBOS OS ANTEBRAÇOS	
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE COM FRATURA DE AMBOS OS ANTEBRAÇOS, SENDO UMA RECENTE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO E UMA ANTIGA, REFRATURADA, EM ANTEBRAÇO DIREITO. EVOLUIU APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO BEM E EM LEITO DE ENFERMARIA, SENDO LIBERADO PARA CASA COM ORIENTAÇÕES, E RETORNO AO AMBULATÓRIO DE TRAUMA EM 15 DIAS.	
<p>THIAGO MORETI DOS S. BARBOSA MÉDICO RESPONSÁVEL EM CATOPED E TRAUMATOLOGIA CRMPE 29375</p> <p>_____</p> <p>MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM</p>	





**\*\*SES/FUSAM\*\***

**HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

**COMUNICADO DE DESOCUPAÇÃO DE LEITO**

NOME DO PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO: 1113188 ADM: 30/06/2020 ALTA: 08/07/2020

SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ENFERMARIA: 27 LEITO: 01

\_\_\_\_\_  
Médico - CRM

  
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
MÉDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PE 29978





SES  
**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS**  
 End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejupó-Recife-PE PABX 3182-8500

**RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES**

Nome: José Junior dos Santos Registro: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

*Aprapa consulta p/*

*AMBULATÓRIO DE MÃO COM 22 dias*

Dr. Victor Alves  
 MÉDICO  
 PE: 27294

Data: 27/07/2020

\_\_\_\_\_  
 Médico-CRM

075-HOF





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA  
RESIDÊNCIA EM ORTOPEDIA  
LAUDO MÉDICO



DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR JOSE IVANILDO DOS SANTOS, RG 6244970, É ACOMPANHADO NESTE SERVIÇO EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE AMBOS OS ANTEBRAÇOS. PACIENTE, NO MOMENTO, APRESENTA LIMITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR TEMPO INDEFINIDO.

*Dr. João Victor Alves*  
MÉDICO  
CRM-PE: 27294

27/07/2020

\_\_\_\_\_  
Médico

GEOMPREV  
CENÁRIO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
29 OUT 2020  
PROTÓCOLO  
AGÊNCIA RECIFE





SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO:	
CRM-PE:	
PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS	
ENDEREÇO:	
PRESCRIÇÃO:	
DIPIRONA 1G -----01 CX	
TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR	
TRAMAL 50MG -----02 CX	
TOMAR 01CP DE 8/8H SE DOR INTENSA	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ UF: _____ FONE: _____	ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ___/___/___

Dr. João Victor Alves  
MÉDICO  
CRM-PE: 27294



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO:	
CRM-PE:	
PACIENTE: JOSE IVANILDO DOS SANTOS	
ENDEREÇO:	
PRESCRIÇÃO:	
DIPIRONA 1G -----01 CX	
TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR	
TRAMAL 50MG -----02 CX	
TOMAR 01CP DE 8/8H SE DOR INTENSA	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ UF: _____ FONE: _____	ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ___/___/___

Dr. João Victor Alves  
MÉDICO  
CRM-PE: 27294

COMPRADO  
 29 OUT 2020  
 PROTOCOLO  
 AGÊNCIA RECIFE





Número: **0006141-66.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE IVANILDO DOS SANTOS (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97037 661	19/01/2022 10:25	<a href="#">ANEXO 2</a>	Outros (Documento)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Adilson dos Santos

RG nº 5257506, data de expedição 07/05/1999

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 040.674.224-31, com domicílio na cidade de Gravatá, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua do norte, nº 366,

complemento Pr. Society, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jose Inacildo dos Santos cujo o condutor era

Jose Inacildo dos Santos

Veículo: Moto

Modelo: Faizel

Ano: 2015

Placa: PEB 2684

Chassi: Q E 6 K 8 0 6 8 0 F 0 0 4 4 0 4 0

Data do Acidente: 28/06/2015

Local e Data: PR 71 Chã Grande

Jose Adilson dos Santos  
Assinatura do Declarante

Jose Inacildo dos Santos  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

**MDM** 2º SERVIÇO DE NOTAS E PROTESTO | GRAVATÁ - PE  
MA. JILIA DUARTE MACHADO - Talidã | Rua Joaquim Nabuco, n. 75 - Centro - Gravatá - PE - CEP: 53641-203 - Fone: (01) 3513-0215

Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE ADEILSON DOS SANTOS. Data fe. 16/07/2015 14:11:24  
Em testemunho [assinatura] da verdade [assinatura]  
Custas R\$ 3,29  
TSNR R\$ 0,66  
Total R\$ 3,95  
Suely Augusto Silva Chaves Subst.  
Selo Digital N. 0073643.PXE05201501.03232  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
13 AGO. 2015  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANALISE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150714426 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/06/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 28/08/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA EM PUNHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PUNHO 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**







HOSPITAL  
PREFEITURA  
SECRETARIA



0/  
1

ID PAC	Cartão SUS:	Nome do Paciente: <i>Jose Wambedo dos Santos</i>	
Dt. Nascimento: <i>05/10/80</i>	Idade: <i>34</i> anos	Sexo: <i>M</i>	Raça: <i>M</i>
Nome do País: <i>M. de Jaurdes Santos</i>		Observaç	
Endereço: <i>R. do Sol</i>			
PESO:	Kg	ALTURA:	m
SINAIS VITAIS /			
P.A.:	mmHg	TEMPERATURA:	
FREQ. CARD.:	bpm	SAT. O2.:	
FREQ. RESP.:	mpm	INFORMAÇÕES	

ALERGIAS?  QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:  
*Paciente voltou de acidente de moto 1 2 dias  
se fixou de dor em Punho (D).*

EXAMES

*Edema em Punho (D).  
Fratura epifise distal do cubito (D)*

DIAGNOSTICO

*Part. de fratura (D)*

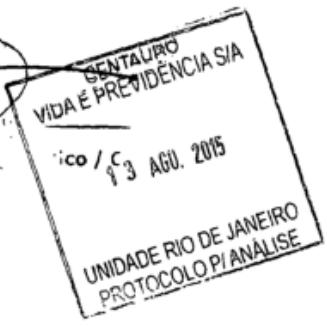
EXAMES COMPLEMENTARES

*Fratura da cabeça  
Articulação do cubito (D)*

TRATAMENTO

*Intitoy. +*

Data do Atendimento: *30/06/15* Hora: *09:57*



Av. 20 de Dezembro, 210



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150714426 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/06/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do terço médio do rádio direito, luxação do terço médio da ulna direita e fratura da epífise distal da ulna direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima queixa-se de dor no punho direito e demais sem queixas. Ao exame: deformidade, edema ( / 4), redução importante da flexo-extensão e da pronossupinação do punho direito.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/11/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira Campos

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

### 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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

### PRESTADOR

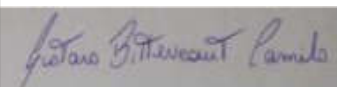
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



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

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

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE IVANILDO DOS SANTOS** Sinistro: **3150714426** Data: **28/06/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DO SOL, 28 - CENTRO - Chã Grande - PE - CEP 55636-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **sds** / **PE** ] **6244970**

Data local do exame: [ **13/11/2015** ] **Caruaru** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Fratura do terço médio do rádio direito, luxação do terço médio da ulna direita e fratura da epífise distal da ulna direita. Vítima queixa-se de dor no punho direito e demais sem queixas. Ao exame: deformidade, edema (+/+4), redução importante da flexo-extensão e da pronossupinação do punho direito.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **Quadro submetido a tratamento conservador.**

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

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do punho direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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 (\*).

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

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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):  
**Punho direito**

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( **X** ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

Região Corporal (Seqüela):

Região Corporal (Seqüela):

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

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE







QUALIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Data de Nascimento: 13/04/2005  
CPF: 000.000.000-00

ESTRANGEIROS

Citania do Brasil em: ..... Doc. Ident: .....  
Estado: .....  
Data Emissão: .....  
Assinatura da Autoridade: .....

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome: .....  
Doc: .....  
Est. Civil: .....  
Data Nascimento: .....  
Doc: .....  
Est. Civil: .....  
Data Nascimento: .....  
Doc: .....

VIA E PREVENÇÃO SA  
13 ABR 2005  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTÓTIPO ANALISE



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Recarta Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
053.773.574-77

Nome  
JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Nascimento  
05/10/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
13 AGO. 2015  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE



24/07/2015

Comprovante de Inscrição no CPF



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **053.773.574-77**

Nome da Pessoa Física: **JOSE IVANILDO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **05/10/1980**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/05/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:33:48** do dia **24/07/2015** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **50A6.6D2C.A64B.60D3**  
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



GRAVATÁ ,20 de OUTUBRO DE 2015.

**Seguradora Líder dos Consórcios,**

**Processo**

Megadata: 3150/714426  
Processo: 742535  
Natureza: INVALIDEZ  
Data sinistro: 28/6/2015  
Nome: JOSE IVANILDO DOS SANTOS  
Situação: Processo com restrições

Venho por meio desta informar telefones de contato para que seja marcada perícia administrativa para que a pendência seja sanada no processo supra referido.

**Tel. 81 34264486**

Atenciosamente,

Inglida Meneses





# Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 742535

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

<b>Tipo de Veículo</b> 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		<b>Placa</b> PEB-2684/PE	
<b>Nome da Vítima</b> JOSE IVANILDO DOS SANTOS		<b>Natureza</b> 2 - INVALIDEZ	
<b>Tipo Sinistrado</b> 3 - Motorista	<b>Data Nascimento</b> 05/10/1980	<b>Tipo de CPF</b> 0 - Possui CPF	<b>CPF da Vítima</b> 053.773.574-77
		<b>Data Ocorrência</b> 28/06/2015	

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

- ( ) Certidão Nº 15E0157000464 da autoridade policial sobre a ocorrência;
- ( ) DUT Nº \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_
- ( ) RG e CPF do Sinistrado ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_
- ( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JOSE IVANILDO DOS SANTOS	Vítima	VITIMA	05/10/1980	55636-000	053.773.574-77

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).  
Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso PE

Local da Entrega RJ

A  
Beneficiário

Data 13/AGO, 2015

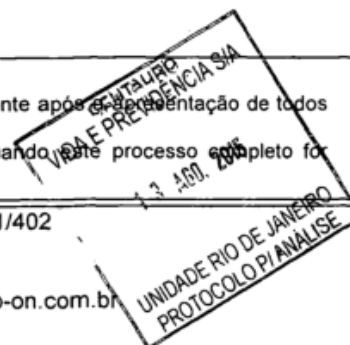
Data 13/AGO, 2015

[Assinatura]  
Centauro Vida e Previdência

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402  
 Centro - Cep: 20031-007  
 Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402  
 site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: [dpvat-rj@centauro-on.com.br](mailto:dpvat-rj@centauro-on.com.br)  
 RIO DE JANEIRO - RJ



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2015

Carta nº: 7613902

A/C: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150714426  
**Vitima:** JOSE IVANILDO DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 28/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00169/00170 - carta\_01



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2015

Carta nº: 7702441

A/C: JOSE IVANILDO DOS SANTOS

Sinistro: 3150714426  
Vítima: JOSE IVANILDO DOS SANTOS  
Data Acidente: 28/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 0147301474 - carta\_02

00070737





Seguradora Líder • DPVAT

### AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Manoel dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº \_\_\_\_\_ EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_ EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E

CPF 058473574-77 /CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO AUTOABNO

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Manoel dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

( \* ) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL 2015 [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada ou assinada por meio de escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 348 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 9698 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 05004 - 6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Epabaa 16 de agosto de 2015  
LOCAL E DATA

José Manoel dos Santos  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

#### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**Recibo** **Recibo de Recibo**  
RECEBIMOS DE VOS  
O VALOR DE R\$ 100,00  
EM FAVOR DE  
C/DA  
C/DA

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
  
13 AGO. 2015  
  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE







DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Manoel das Santos, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.773.574-77 residente e domiciliado na Rua do Sol N. 28 Cidade Pernambuco Estado \_\_\_\_\_, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Cynabata, 16 de julho de 2015

Local e data





## CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 10 de julho de 2015.

Declaro para os devidos fins de comprovação que **JOSÉ IVANILDO DOS SANTOS**, 34 anos de idade, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 28 de junho de 2015, às 21h30min (número do registro da ocorrência: 13641).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, NO QUAL ESTAVA NA CONDIÇÃO DE CONDUTOR DO VEÍCULO. NO MOMENTO DO SINISTRO, O MESMO ESTAVA UTILIZANDO CAPACETE E NÃO HAVIA FEITO USO DE SUBSTÂNCIAS ALCOÓLICAS. A OCORRÊNCIA FOI NA RODOVIA PE-71, EM CHÃ GRANDE-PE.

Encaminhado para o Hospital: HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA (CHÃ GRANDE-PE)

Removido para o hospital de referência: Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande: REALIZADO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE TRAUMA, ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, CURATIVO COMPRESSIVO E TRANSPORTE PARA UNIDADE HOSPITALAR.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Bruno de Luna Oliveira  
Enfermeiro Emergencista  
COREN - 308.186





Comunidade de São Antão

### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Stanielo das Santos

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_

CPF nº 053.773.574-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua do Sol
Número	28
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Dom Helder Câmara
Cidade	Olinda Grande
Estado	PE
CEP	55636-000
Telefone de Contato	(81) 3426-4286
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 16 de julho de 2015.

Assinatura do Declarante: José Stanielo das Santos



**DADOS DO CLIENTE**  
 HELENA FELIX DE ANDRADE

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA DO SOL, 28

CPF 780 500 574-53

DOM HÉLDER DAMARA/CMA GRANDE  
 CHA GRANDE PE  
 55638-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 BT RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Manifesta.co

**CONTA CONTRATO**  
 7006016434

**MES ANO**  
 06/2015

**DATA DE VENCIMENTO**  
 26/06/2015

**DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA**  
 06/07/2015

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
 60,76

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo Ativo (kWh)	89,000000	0,57024980	50,75
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,05
Contribuição Iluminação Pública			2,98
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>60,76</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
30110630	CAT	30/05/15	3 303,00	05/06/15	3 392,00	30	1,0000		89,00

**INFORMAÇÕES SOBRE IMPOSTOS**

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	Valor	%
57,90	25,00	14,48	Cargos de Energia	34,42	43,25
57,90	1,00	0,58	Transmissão	1,15	1,90
57,90	4,87	2,80	Dist. Energia (Cabo)	10,88	18,49
			Energia Solar (em)	3,82	6,31
			Tributos	17,72	30,00
			<b>Total</b>	<b>67,86</b>	<b>100,00</b>

**VERBAS APLICÁVEIS**  
 0,9674900

**NUMERO DO FISCOS**  
 32CB0120 ABB9 50A1 4344 731B 782F 85F1

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Não se dá de baixa a tarifa em vigor e a validade. Mais informações em [www.celpe.gov.br](http://www.celpe.gov.br). Pagamento em atraso gera multa de 2% (Art. 41-A, ANEEL - RESOLUÇÃO 474/11) e juros de 1% ao mês (Lei 10.438/2002), no total. O cliente é responsável quanto ao valor da tarifa contratada individual ou do nível de serviço de fornecimento. O Cliente é responsável quando não de cumprimento do prazo de entrega para os pontos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encaminhamento do cliente ao poder judiciário após 2 (dois) de inatividade, podendo também ser cobrado o custo de disponibilização no caso em que ocorrer a suspensão.

**Complemento e não pagamento da(s) conta(s) de energia (valor/s)**

Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
25/05/15	18/06/15	72,09	27/06/15	18/06/15	49,21
27/05/15	18/06/15	57,48	28/06/15	17/06/15	62,26

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de inadimplência do SIC e SERASA, com abrangência nacional. Esta contabilidade não substitui o envio de débitos relativos ao bem comercial ao órgão devedor em caso de inadimplência que poderá ser cobrada após o fim do processo judicial.

**PERMISSÃO DE FREQUÊNCIA DAS INTERURBES**

ORÇAMENTO	VALOR MENSAL	VALOR TRIMESTRAL	VALOR ANUAL
DIC	0,00	5,87	11,74
RIC	0,00	3,85	7,70
DMIC	0,00	3,79	0,00

Limite DICR: 13,20 R\$ - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 17,10

**NÍVEL DE TENSÃO**

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	201 - 231

CONTA CONTRATO MÊS ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

7006016434 06/2015 26/06/2015 60,76

83800000000-9 60780011007-4 00601643410-1 02188147503-6

**CENTAURO**  
**VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**

60,76 R\$ 3 AGO. 2015

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
 PROTOCOLO PI/ANÁLISE

