

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

03/03/2016

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

315084161901

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** OSORIO JOAQUIM DA SILVA

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 01028

**CONTA:** 000000089185

---

---

**Número da Autenticação**

CA5450C82887F31E

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150841619

**Cidade:** Camaragibe

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSORIO JOAQUIM DA SILVA

**Data do acidente:** 20/08/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do 2º e 3º metatarsianos direitos.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima refere dor ao deambular. Ao exame apresenta deformidade local com edema e limitação dos movimentos do 2º e 3º pododáctilos direitos.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador com imobilização gessada.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/02/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Paulo Sérgio Muniz

**CRM do médico:** 5530

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

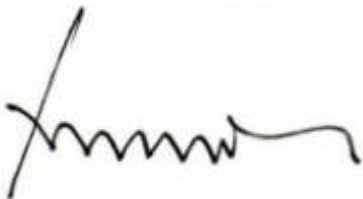
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





**Nome:** OSORIO JOAQUIM DA SILVA **Nº registro:** 458232  
**Dt. Nasc.:** 17/10/70 - 44 ano (s) **Sexo:** Masculino  
**Mãe:** IRECE CELINA DA SILVA **Fone:** 81-34561702  
**Endereço:** RUA ALVARES AZEVEDO, nº 72, ALDEIA. CAMARAGIBE - PE  
**Data/hora:** 20/08/2015 - 20:49 **Nº pág.:** 2/2

**OBSERVAÇÕES :**

**Resultados de Exames:**

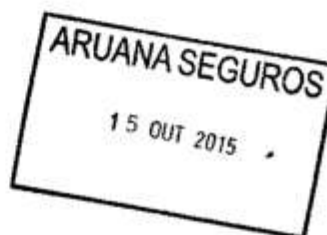
RX DO PÉ ESQ SEM LESÃO OSSEA

**Evolução do paciente:**

CURATIVO  
PRESCRIÇÃO(CEFALEXINA)

*Dr. Ednardo Pitt*  
Médico  
CRM - 7413

**Dr. EDNARDO JOSÉ ALBUQUERQUE PITT**  
**CRM: 7413**



**Esta conta dever ser paga com recursos publicos.**

**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): **OSORIO JOAQUIM DA SILVA** Sinistro: **3150841619** Data: **20/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **ET 80, 132 - ARACA - Camaragibe - PE - CEP 54753-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PE** ] **3085871**

Data local do exame: [ **24/02/2016** ] **Recife** [ **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 2º e 3º metatarsianos direitos. . Vítima refere dor ao deambular. Ao exame apresenta deformidade local com edema e limitação dos movimentos do 2º e 3º pododáctilos direitos.**

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.  
**Tratamento conservador com imobilização gessada.**

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

Existindo sequela(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 pé direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre 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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):  
**Pé direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.



Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN-PE Nº 011714842180  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

OPD: 992899672  
NOME: JOAQUIM DA SILVA  
PLACA: 9005401  
RUA: RUA VARGEM RECIFE-PE  
CATEGORIA: PARTIC  
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

2P/199CL 2015 2015

2P/199CL 2015 2015  
COTA ÚNICA: 1º \*\*\*\*\*  
2º \*\*\*\*\*  
3º \*\*\*\*\*  
PREMIO TARIFARIO (R\$) 100 (R\$) 100  
PREMIO TOTAL (R\$) 100 (R\$) 100  
DATA DE PAGAMENTO: 12/09/15

RECIFE  
Charles Anderson Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente - DITRA/PE

DOCUMENTO 6 - T6%



SEU CUIDADO: OBRIGATORIO DE DAR O PIS, PIS/PASEP, CAMBIADEL, FOMI VEICULOS, AUTOMOTORES DE VIA II (RRE - III) E III POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSFONDIADA, CUNHA, SEGURO DPVAT

PE Nº 011714842180 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
OPÉRIO JOAQUIM DA SILVA  
RUA VALE DO SIRIJI 11  
LOJA VARGEM RECIFE-PE  
50970-000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodoctransito.com.br  
SAO DPVAT 0800 032 1204

EXERCÍCIO: 2015 DATA EMISSÃO: 12/09/15  
VIA: 1 OFP / CNPJ: 497.731.004-72 PLACA: 9005401  
RFINAVAM: HONDA / 00389 TAN 55DI  
ANO FAB: 2012 CALDES: 09 Nº CHASSI: 9C2KC160LR486667  
PREMIO TARIFÁRIO: 100 (R\$)  
CUSTO DO BILHETE (R\$): 100 (R\$)  
SEGURO F200: 100 (R\$)  
COTA ÚNICA:  PAGOCADO:   
DATA DE OUTAÇÃO: \_\_\_\_\_

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.848.504/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
SUA LEI É DE FORTE OBRIGATORIO.



ARUANA SEGURO  
24 SET 2015

CONTRAN



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

**NOME**  
 OSEARIO JOAQUIM DA SILVA

**DOC. DE IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO**  
 3085871 (DOB PE)

**CPF**  
 497.731.984-72

**DATA DE NASCIMENTO**  
 27/10/1970

**PLACIO**  
 LAIZA JOAQUIM DA SILVA  
 IRENE CELIA DA SILVA

**SEXO**  
 M

**ESTADO CIVIL**  
 AD

**PROFISSÃO**  
 [blank]

**RESIDÊNCIA**  
 [blank]

**REGISTRO**  
 02845777201

**VALIDADE**  
 28/08/2017

**EMISSÃO**  
 06/01/1998

**REMARKS**  
 SEM OBSERVAÇÕES

*Oseario Joaquim da Silva*  
 Assinatura do Portador

**LOCAL**  
 RECIFE - PE

**DATA DE EMISSÃO**  
 28/08/2012

*[Signature]*  
 42457878245  
 79048850459

**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
 1576871379

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
 1576871379

ARUANA SEGUROS  
 24 SET 2015



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, Osório Joaquim da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 0284577201 EXPEDIDO POR Detran/PE EM 28/08/12 E

CPF 497731004-72 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Osório Joaquim da Silva, 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- 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 [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/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1028 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 89185-9

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.

Recife - PE, 14 de Setembro de 2015  
LOCAL E DATA

Osório Joaquim da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ARQUIVADO  
24 SET 2015

## 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.



ARUANA SEGUROS  
24 SET 2015



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Nome: OSORIO JOAQUIM DA SILVA Nº registro: 458232  
 Dt. Nasc.: 17/10/70 - 44 ano (s) Sexo: Masculino  
 Mãe: IRECE CELINA DA SILVA Fone: 81-34561702  
 Endereço: RUA ALVARES AZEVEDO, nº 72, ALDEIA. CAMARAGIBE - PE  
 Data/hora: 20/08/2015 - 20:49 Nº pág.: 1/2

**FICHA DE ATENDIMENTO**  
**CR: ORTOPEDIA - AMARELO**

**ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:**

**TRIAGEM:**

- QUEIXA  
 - PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, RELATO DE TRAUMA EM MSE E MIE.NEGA  
 ALERGIA. NEGA HAS E DM.

**ORIGEM**

**TIPO DE CHEGADA**

**OBSERVAÇÕES**

**FLUXOGRAMA**

- Problemas em extremidades

**DISCRIMINADOR**

- Dor moderada \*

**COLETA AUTORIZADA?**

- SIM

**AValiação e MEDIDAS CLINICAS**

- DOR 5

DOR 5

**ENCAMINHAMENTOS**

- Ortopedia

**TRANSPORTADO POR**

**JUSTIFICATIVA**

**MEDICA:**

REFERE QUEDA DE MOTO  
 NEGA DISMIAO OU VOMITOS  
 TRAZIDO PELO SAMU

**EXAME FÍSICO:**

Peso:

Altura:

IMC: ( )

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

FERIMENTO PE D COM BORDOS IRREGULARES

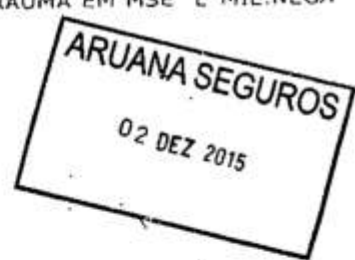
TUMEFACÇÃO +/-

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

S90 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PÉ|

S91 - FERIMENTOS DO TORNOZELO E DO PÉ| AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TORNOZELO E DO PÉ

(S98.-)



**Esta conta dever ser paga com recursos publicos.**

DOCUMENTO 1 "T1%"



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ª CIRC DIM 9ª DESEC

11/09/2015 15:35

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0127005379

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/09/2015 às 14:44

Complementa o BO Número: 15E0127005379

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Cuidoso (Consumado)** que aconteceu no dia 20/8/2015 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: ESTRADA DE ALDEIA, 1 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MAVIEL RIBEIRO DE BARROS FILHO (AUTOR/AGENTE)  
OSORIO JOAQUIM DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MAVIEL RIBEIRO DE BARROS FILHO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): OSORIO JOAQUIM DA SILVA

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

OSORIO JOAQUIM DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRECE CELINA DA SILVA Pai: LUIZ JOAQUIM DA SILVA Data de Nascimento: 17/10/1970 Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 3085871/SDS/PE (RG), 576871379 (CNH) Profissão: TORNEIRO MECANICO Telefones Celulares: -988292207

Endereço Residencial: RUA ALVARES DE AZEVEDO, 132 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

MAVIEL RIBEIRO DE BARROS FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Endereço Residencial: ESTRADA ESTRADA DE ALDEIA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ALDEIA - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO FAN 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): OSORIO JOAQUIM DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): OSORIO JOAQUIM DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não  
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGG5401 (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE)  
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015

MOTO FAN 125 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MAVIEL RIBEIRO DE BARROS FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): MAVIEL RIBEIRO DE BARROS FILHO



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 Objeto apreendido: Não  
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJL5133 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

### Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA Indo para casa quando o acusado bateu na sua moto na contramão. A vitima também informa que o acusado dirigia em alta velocidade que causou um traumatismo no seu tornozelo. O SAMU fez os primeiros socorros e a vitima foi levada para UPA dos Torrões. A moto que estava com o causador do acidente não é do mesmo e sim de um policial militar que por sinal estava atrasada e foi rebocada ao depósito.

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

x *Humberto Moreira da Silva*

B.O. registrado por: HUMBERTO MOREIRA DA SILVA - MAT. 143080-7

