



Número: **0008194-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59837221	26/03/2020 11:44	2707488_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00081945420208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.



A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁴, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴ “PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁵.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁶

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor. "(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁶art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00081945420208172001.

Rio de Janeiro, 18 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0008194-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59837228	26/03/2020 11:44	ANEXO 1	Outros (Documento)

UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO

Identificador: 1048219

Senha da Classificação:

0094

Data e Hora: 19/03/2020 10:41

Especialidade:

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: ORQUIDEAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ADRIANACCO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

SSO

Altura

Temperatura

Hora:

10:45

Queixa Principal

Queixa de dor aguda no joelho com um
inchaço e vermelhidão no local, não
relacionado a nenhuma atividade, sem
trauma, dor na consciência.

Exame Físico

Exame físico: joelho direito
inchaço moderado, dor à palpação,
sem vermelhidão ou calor.

Diagnóstico

Lesão ligamentar grau I no joelho direito.

Conduta Terapêutica

Tratamento conservador com analgésicos e
fisioterapia.

Prescrição Médica

Paracetamol 500mg 3x4
Dipirona 500mg 3x4
Inibidor de bomba de prótons 20mg 1x1

Destino:

() Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

AMBIENTE DE EM.

Transferido:

Para:

Dr. Marcelo Correia
Ortopedista
CRM: 19847

HR: 5752039.

Senha:

Carimbo Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO

Identificação: 1048219

Senha da Classificação:

0094

Data e Hora: 19/03/2020 10:41

Especialidade:

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: ORQUIDEAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ADRIANACCO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

RN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso

Altura

Temperatura

Hora:

10:45

Queixa Principal

Queixa de dor aguda no joelho com um
inchaço e vermelhidão no local, além de
dor ao andar e ao subir escadas.

Exame Físico

Exame físico: joelho direito

Exame físico: joelho direito
Exame físico: joelho direito

Diagnóstico

Exame físico: joelho direito
Exame físico: joelho direito

Conduta Terapêutica

Exame físico: joelho direito
Exame físico: joelho direito

Prescrição Médica

Exame físico: joelho direito
Exame físico: joelho direito

Exame físico: joelho direito
Exame físico: joelho direito

Exame físico: joelho direito
Exame físico: joelho direito

Exame físico: joelho direito
Exame físico: joelho direito

Exame físico: joelho direito
Exame físico: joelho direito

Transferido:

Exame físico: joelho direito
Exame físico: joelho direito

Exame físico: joelho direito
Exame físico: joelho direito

Senha:

Carimbo Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA				2a VIA	
COMPANHIA ENERGETICA DE PERNAMBUCO AV. JOAO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 CELPE www.celpe.com.br Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2003 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis			
DADOS DO CLIENTE PAULO JOSE DOS PRAZERES FILHO CPF: 451.979.544-34		DATA DE VENCIMENTO 21/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/08/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/08/2019 NUMERO DA NOTA FISCAL 073318366	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA TOMAZ GONZAGA 243 E ZUMBURECIFE 50711-090 RECIFE PE		CONTA CONTRATO 007006433230 Nº DO CLIENTE 2061278566 Nº DA INSTALAÇÃO 0003291942			
		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
		RESERVADO AO FISCO 46C5.9115.C902.FFBC.E2CC.FCCC.6308.F1AC			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br					

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,57317404	17,19
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,26
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,52
Multa por atraso-NF 069512462 - 12/07/19			0,33
Juros por atraso-NF 069512462 - 12/07/19			0,07
Atualização IGPM-NF 069512462 - 12/07/19			0,02
Compensação DMIC 06/19			0,20
TOTAL DA FATURA			18,19

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,97	0,74	0,13
			17,97	3,42	0,61

FIM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

VENCIDO	DEBIV	Valor
22/12/17	1504,18	113,11

Este consumo NÃO substitui o de débitos anteriores e NÃO contempla pedine em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persistir por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o enfileiramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 19 RIL 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança sem como inclusão nos registros de restrição da de crédito SPG e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	kWh
Consumo Ativo(kWh) 0,54830560		
AJO 19		30
JUL 19		30
JUN 19		30
MAR 19		30
ABR 19		30
MAR 19		30
FEV 19		30
JAN 19		30
DEZ 19		30
NOV 19		30
OCT 19		30
SET 19		30
AGO 19		36

Faturado pelo mínimo da fase - Cisão de Disponibilidade Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO MMS
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000012098628	CAT	12/01/2019	8.205,00	14/08/2019	8.205,00	33	1.00000	0,00	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VAL. OR APURADO	SEJA MFNSAL	SEJA TRIM	SEJA ANUAL
jun/2019					
OC-No de horas sem Energia		1,83	4,83	9,91	19,82
IC-No de vezes sem Energia		1,00	1,11	8,22	12,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		1,85	2,77	0,00	0,00
DICR-Duração da interrupção em dia crítico			Limite DICR: 12,27		
FUSO-Valor do F-carga de uso = 34,55					

*Fusos Computados desde a instalação e atualização dos indicadores DFC, FPC, DMC e OC e o respectivo tempo

NÍVELS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
	MINIMO MAXIMO
220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007806433230	08/2019	0,00	21/08/2019	
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

PAULO JOSE DOS PRAZERES FILHO
CPF: 451.979.544-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TOMAZ GONZAGA 243 E
ZUMBURECIFE
50711-090 RECIFE PE

DATA DE VENCIMENTO

21/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$):

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

073318366

CONTA CONTRATO

007006433230

Nº DO CLIENTE

2001278566

Nº DA INSTALAÇÃO

0003291942

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

46C5.9115.C902.FFBC.E2CC.FCCC.6308.F1AC

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,57317404	17,19
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,20
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,52
Multa por atraso-NF 069512462 - 12/07/19			0,33
Juros por atraso-NF 069512462 - 12/07/19			0,07
Atualização IGPM-NF 069512462 - 12/07/19			0,02
Compensação DMIC 06/19			0,20
TOTAL DA FATURA			18,19

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,97	0,74	0,13	17,97	3,42	0,61

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL			
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL
000000003120386256	CAT	1207/2019 8.205,00	1408/2019 8.205,00
		Nº DIAS	CONSTANTE
		33	1.00000
		AJUSTE	CONSUMO kWh
		0,00	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM
jun/2019				
DIC-No de horas sem Energia		2,53	4,81	9,91
IC-No de vezes sem Energia		1,03	2,11	6,22
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,75	2,77	9,00
DICR-Duração da interrupção nos dias críticos				Limite DICR: 12,22
FUSO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 5,95				

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM
jun/2019				
DIC-No de horas sem Energia		2,53	4,81	9,91
IC-No de vezes sem Energia		1,03	2,11	6,22
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,75	2,77	9,00
DICR-Duração da interrupção nos dias críticos				Limite DICR: 12,22
FUSO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 5,95				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pegue no ponto mais perto de você a seguir: avenida general san martin prado / extremo: rua gomes taborda 1274 cordeliro lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês
Inscrição do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006433230	08/2019	0,00	21/08/2019	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE VANDERLI MARIA DA SILVA CPF: 401.992.314-00	DATA DE VENCIMENTO 16/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/01/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/01/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 091203110	CONTA CONTRATO 007029110063 Nº DO CLIENTE 2002886469 Nº DA INSTALAÇÃO 0003355978
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DAS ORQUIDEAS 30 CS- VARZEA/RECIFE 50810-530 RECIFE PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 5D23.E0C1.20A6.D515.8639.76C0.30DD.8730			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	74,00	0,42656182	31,56
Consumo Ativo(kWh)-TE	74,00	0,35875625	26,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,41
ICMS Subvenção-CDE-NF 079728952-07/10/19			0,63
TOTAL DA FATURA			60,14

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
59,51	25,00	14,87	59,51	0,90	0,53	59,51	4,15
							2,46

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	8,25816000	JAN 19	74
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,75025000	FEV 19	108
		MAR 19	91
		ABR 19	97
		MAY 19	86
		JUN 19	95
		JUL 19	99
		AUG 19	96
		SET 19	110
		OCT 19	90
		NOV 19	80
		DEZ 19	89
		JAN 19	86

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
RS	%		
Geração de Energia	19,34	32,56	
Transmissão	2,14	3,60	
Distribuição (Celpe)	12,99	21,63	
Encargos Setoriais	3,80	6,33	
Tributos	17,86	30,01	
Perdas de Energia	4,45	7,42	
TOTAL	50,51	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003011074172	CAT	08/12/2019	14.812,00	07/01/2020	14.886,00	29	1,00000	0,00	74,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MPTA MENSAL	META TRIM	META ANUAL
nov/2019					
DICI-Id de Horas sem Energia	2,18	5,07	10,15	28,38	
FIC-Mo de vezes sem Energia	1,06	3,23	6,47	12,95	
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua	2,18	2,86	6,00	0,00	
Limite DMIC: 12,22					
DICI-Duração de Interrupção em dia crítico					
FUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,04					
Todo Consumidor pode obter, por a requisição dos medidores DICI, FIC, DMIC e DICI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES No data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO</td> <td>MAXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MAXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO	MAXIMO							
220	202	231							

DESTAQUE AQUI	CONTA CONTRATO 007029110063	MÊS/ANO 01/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 16/01/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
----------------------	---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718885

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do acidente: 19/08/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do úmero direito.

Descrição do exame físico: Vítima apresenta consolidação alinhada da fratura com mobilidade e força preservados no membro superior direito. Presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura, sem intercorrências. Realizou fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0620-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

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/DOEORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Antonio Felix L. de O. Veiga

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.058.754-748 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

David Kelvin Costa de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.700.724-92

do sinistro de DPVAT cobertura invólucro da Vítima David Kelvin Costa de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.700.724-92 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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: <u>Rua Tomaz Gonzaga</u>	Número: <u>360</u>	Complemento: _____
Barrio: <u>Zumbi</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>50.710-090</u>	Tel (DDD): <u>(85) 93714011</u>

Local e Data:

Recife 13 de novembro 2019

Antonio Felix L. de O. Veiga
Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0600.1596 / Outras regiões: 0800.022.12.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800.022.81.89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800.022.12.06 | Central Ouvidoria: 0800.021.91.35

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/DOEORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Antonio Felix L. de O. Veiga

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.058.754-748 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

David Kelvin Costa de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.700.724-92

do sinistro de DPVAT (cobertura inválida) da Vítima David Kelvin Costa de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.700.724-92 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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: <u>Rua Tomaz Gonzaga</u>	Número: <u>360</u>	Complemento: _____
Barrio: <u>Zumbi</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>50.710-090</u>	Tel (DDD): <u>(85) 93714011</u>

Local e Data:

Recife 13 de novembro 2019

Antonio Felix L. de O. Veiga

Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017



UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO

Cadastro: 1048219

Senha da Classificação:

Data e Hora: 19/03/2019 10:41

Especialidade:

0094

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 893

Endereço: OROUIDAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ADRIANA OCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 10:45

Queixa Principal:

Prontidão de atendimento por meio de um
 atendimento telefônico online, solicitando
 consulta. Prontidão de atendimento.

Exame Físico: REGULAR, RESISTENTE.

Exame de audição e visão normal.
 F.

tese Diagnóstico:

Prontidão de atendimento por meio
 de um atendimento telefônico.

Conduta Terapêutica:

Prontidão de atendimento por meio de um
 atendimento telefônico.

Prescrição Médica: PRONTIDÃO DE ATENDIMENTO POR MEIO DE UM

Atendimento telefônico.
 Prescrição de analgésico.
 Prescrição de analgésico.
 Prescrição de analgésico.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência Atendimento em

Transferido:

Dr. Marcelo Cordeiro
 Ortopedista
 CRM: 19547

HR: 5752039.

Senha:

Carimbo Médico:

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
 () NÃO

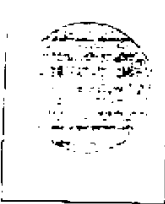


LIPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/08/2019 10:34



Nome Paciente: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/07/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0094
Convênio:
Atendimento:
SAME:

19/08/2019 10:37 - 19/08/2019 10:38

GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - : ENFERMEIRO(A) -

Urgência: **NÃO URGENTE - VERDE**
Classificação: **VERDE**
Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS VITIMA DE COLISAO , CARRO E MOTO
ESCORIAÇOES NOS MMSS. MMX. DOR NO MSD. RELATO DE EPISTAXE. NEGA DESMAIO
OU VOMITO
Observação: ALERGIA-
HAS-
DM.
Evolução sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- SEM PERDA DA FUNÇÃO
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendido(a) por: GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/08/2019 10:38

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTAQ
IMIP

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: JOÃO CARLOS DE SOUZA Registro: _____

Enfermaria: 001-2-2 1-1-1 Leito: 1

Hora Admissão: _____ Plantão: ☒ DIURNO () NOTURNO DATA: 04/05/2016

Estado Geral	☒ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dietas	☐ VO ☐ SNG	☐ SNE	☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório	☒ Dispneico	☐ Dispneico	
Acesso Venoso	☒ Periférico	☐ Central	Local: _____
Curativos	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☒ Presente	☐ Ausente	☐ SNG/SUA

Observações:

SINAIS VITAIS

SINAIS VITAIS							
HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
12:00	120/80	—	75	—	45		
12:30	120/80	—	73	—	93		

Técnico de Enfermagem:

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Registro: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Hora Admissão: _____ Plantão: () DIURNO () NOTURNO DATA: ____/____/____

Estado Geral	() Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	() VO () SNG	() SNE	() Dieta Zero
Padrão Respiratório	() Eupneico	() Dispneico	
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	Local: _____
Curativos	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	() Presente	() Ausente () SVD/SVA	Aspecto: _____

Observações:

SINAIS VITAIS

SINAIS VITAIS							
HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem:



INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO

Data: 19/08/2019 Hora: 15:30 Atendimento nº 1048219

Nome Social: — / — Cor: —

Nome Civil: David Kelvin Costa de Souza

Possui alguma deficiência? () Sim (x) Não. Se sim, qual? —

Apelido: — Possui documentação? (x) Sim () Não Idade: 25

Endereço: R. Felício das Santas 299 - Varzea - Recife

Ponto de Referência: Esquina

Nome do acompanhante: Keliane Silva de Oliveira

Vínculo com o Usuário: Esposa Tel.: (81) 98792-2585

Vive sozinho () Vive sob o mesmo teto com pessoas da família (x)

Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ()

Vive internado em instituição, asilo, abrigo, ou sob a responsabilidade de terceiros ()

Nome da instituição: —

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? () Sim (x) Não

Qual? —

ATIVIDADE REALIZADA:

Orientações – Normas e Rotinas	()	
Orientações – Direitos Sociais	(x)	Seguro DPVAT
Encaminhamento à Rede Socioassistencial	()	
Encaminhamento à Rede de Saúde	()	
Atendimento Violência	()	
Articulação Externa/Família	()	
Articulação Externa/Rede	()	

Outras Observações (Contexto familiar, situação socioeconômica, condição de moradia, etc.)

Remoção p. o H.R.
Reuniu com a esposa e filhos em casa alugada.
É brasileiro autônomo. Realizada quinzena sobre
realização de curso de montagem

Isabel Alencar

UPA - SÃO LOURENÇO DA MATA
Unidade de Pronto Atendimento do Regio
Assistente Social
CRASS nº 3651 - 4ª Região, PE





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Isadora Kalline Costa de Sousa

Registro: 1098243

Responsável: _____

Contato: _____

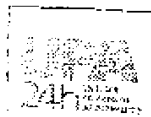
Data/Hora

10/03/19

Paciente admitida na sala amarela com quadro clínico de síndrome de Guillain-Barré, com início de fraqueza e dormência nas pernas, evoluindo para fraqueza e dormência nos braços e tronco. Exame físico: MMSS e MMIS com fraqueza e dormência, reflexos tendinosos e de aquilão diminuídos. Ressonância magnética da coluna lombar e torácica com alterações compatíveis com síndrome de Guillain-Barré. Tratamento com imunoglobulina e corticoides.

Isadora Kalline Costa de Sousa





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA



DATA: 18/03/18 HORA: 13:35

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: David Kevin Lima de Souza
Idade: 25 a

Número do Atendimento: 104 6248

Acompanhado por:

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Síndrome de Intoxicação

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias: Quais: () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras

Tratamento em curso

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom (X) Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

(X) Normocorada () Hipocorada (X) Aclanótico () Cianótico (X) Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() Edemas () Face () Palpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() Úlcera por pressão local:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente () Inconsciente (X) Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: (X) Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Miíase () Miot () Fotoreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (X) Cooperativo () Enoroso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

(X) Afebril () Febre T. Axilar = °C FR IPM Sat O2 = 98% (X) Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MUCOSAS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídas RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepítantes PC bpm
PA: X mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: (X) Periférico () Jugular () Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

MSE

DIETA: (X) VO () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita ABDOME: (X) Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: (X) Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquido () Melena () Odor fétido () Odor característico () EMA: Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: (X) Presente Aspecto: () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Imigração () Anúria
() Disúria () Hematúria () Cigúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (X) Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local:





Atendimento: 1048309

Senha da Classificação:

Data e Hora: 19/08/2019 13:47

Especialidade:

0144

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/07/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO

CRM: 4589

Endereço: ORQUIDEAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ANACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 15:45

Queixa Principal

Paciente politraumatizado com lesões de
epistaxe, no momento em tratamento com
medicamento. Já encaminhado para cirurgia
cirurgia otorrinolaringológica para correção
de lesão.

Exame Físico

Bom, cor, Glóbulos R
Mucosa nasal
em tratamento com

Hipótese Diagnóstico

1) + CE? - epistaxe n/a
2) politraumatismo por acidente automobilístico

Conduta Terapêutica

Rx de furo e soro normal

Prescrição Médica

1) Cateterismo de urina + soro normal
2) ressecamento de urina + soro normal
3) medicação

Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Assinatura: _____ Senha: _____

Carimbo Médico

Variação Triagem:

ESTADO
SIN
RAC
DIAS



Tassiana F. Souza Marinho
Téc. Enfermagem
COREN - PE 721213



UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/08/2019 13:45



Nome Paciente: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 18/07/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0144
Convênio:
Atendimento:
SAME:

19/09/2019 13:46 - 19/08/2019 13:46

WILLIANE MAXIMO DE ALBUQUERQUE - COREN: 413946 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade

NÃO URGENTE - VERDE

Cor

VERDE

Queixa Principal

AVALIACAO DA CLINICA
PACIENTA NA AMARELA

Fluxograma sintoma

TRAUMA

discriminações)

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade

CLINICA GERAL

Sinais Vitais Livres

- RÉGUA DE DOR 4

Acolhido(a) por: **WILLIANE MAXIMO DE ALBUQUERQUE - COREN: 413946 - : ENFERMEIRO(A)**

Data Impressão: 19/08/2019 13:46

Sistema de Adoção com Classificação de Risco

Página 1 de 1



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR IDADE: 25

REGISTRO: 123456 DATA: 26/03/2020

HDA: QUEIXO DE DOR NO OMBRO DIREITO, COM INÍCIO
HÁ 02 DIAS, DE CARÁTER INTERMITENTE, Piora com o movimento
de abdução e rotação externa. Não há trauma recente.

EX. FÍSICO: Exame físico normal. Ausculta pulmonar normal. Batimento cardíaco normal.

EX. COMPLEMENTARES: Não realizados.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Lesão de grau I no ombro direito.
2. Lesão de grau II no ombro direito.
3. Lesão de grau III no ombro direito.

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: Prescrição de analgésicos e repouso.

SENHA: 552034 DESTINO: Residência

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM () NÃO (X)

JUSTIFICATIVA: Prescrição de analgésicos e repouso.

HORA DA SOLICITAÇÃO: 14h30 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Marcelo Correia

HORA DA SAÍDA: 15h00 MÉDICO DA LIBERAÇÃO: Dr. Marcelo Correia

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: Enfermeiro(a) responsável

Dr. Marcelo Correia
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 19647



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DESCARRO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTÁ SENDO SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORIA CLÍNICA.

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA DE TERMO DE 50 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO, NO HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO OMEIRO

DATA DE INTERNAMENTO: 23/03/2019

DATA DA CIRURGIA: 02/09/2019

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019

HORÁRIO: 07:00h

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSÉ MACEDO CORREIA JUNIOR

JABOTÃO, 26 DE MARÇO DE 2020. _____

MEDICO: LEONARDO
OLIVEIRA



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE DEVIDAMENTE CUIDADO(A) E SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO CIRURGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORIA CLINICA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA, ADOTAR O (S) TRATAMENTO (S) EM ANEXO, POR UM PERÍODO DE NOventa (90) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE JACAREACANGA, SÃO PAULO, 2007

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 23/09/2010

DATA DA CIRÚRGIA: 22/09/2019

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/05/2019 HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JAEGER 120 015 5 187

MEDICAL AND SURGICAL HISTORY

Am. General Master Rating - 4-125 Capt. - 1400000000

TELEPHONE 3482-5666 • WWW.BPCC.ORG



Recetário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome	LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA
CRM	23950
UF	PE
Endereço	Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jandatã dos Guararapes - 51.100-000
Telefone	3482-4888

Identificação do Paciente	
Nome	DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Endereço	RUA ASSAPE, VARZEA, CEP: 50.140.000, Nº 8, RECIFE - PE
Prescrição	PARACETAMOL + CODEINA (500MG / 30MG) TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTÍSSIMA

Identificação do Comprador	
Nome	
Endereço	
Cidade	
UF	

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	

Av. General Manoel Rabelo - Nº 126 - Centro - Jaraguá - 51.100-000
TELEFONE 3482-4888 - www.hospitaljaragua.com.br



Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Prontuário: 773700

Atendimento: 242369

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Idade: 25 Anos, 1 Mês e 29 Dias

Sexo: Masculino

Médico: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

Dia: 14/10/2019

Hora: 07:00

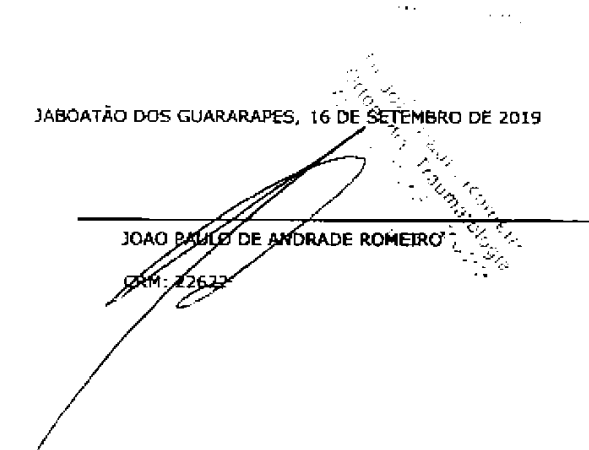
**Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios,
mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.**

Procedimento a ser realizado:

RADIOGRAFIA BRACO - DIREITO

Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório
para marcar a consulta.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 16 DE SETEMBRO DE 2019


JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22622



DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/1994
ID: 773700

Data de aquis.: 16/09/2019
Hora de aquis.: 08:47:26
Índice de exp.: 1344

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/1994
ID: 773700

Data de aquis.: 16/09/2019
Hora de aquis.: 08:48:59
Índice de exp.: 1762

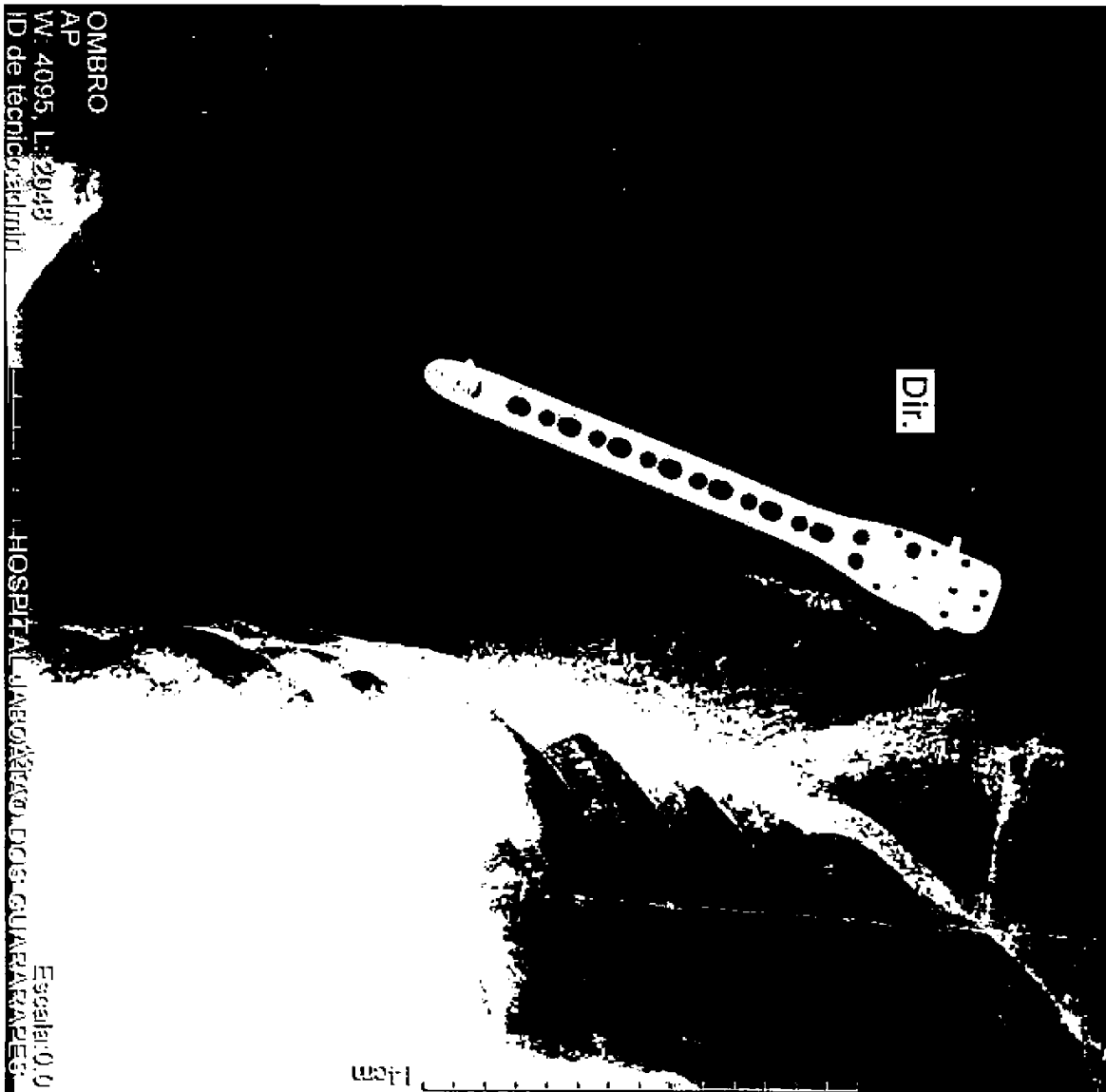
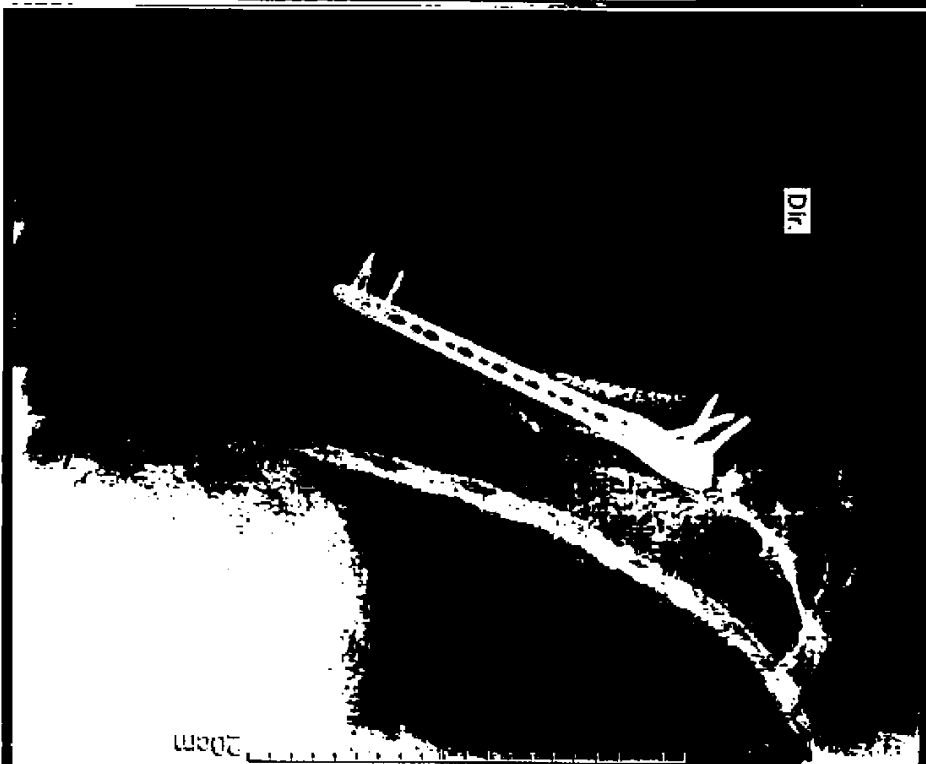
OMBRO
AP
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin

HOSPITAL LABO RÁCIO DOS GUARARAPES

Escala: 0,0
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin

OMBRO
LATERAL
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin

Escala: 0,0
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin



Processo nº 3190/659224

...

...

...

João Carlos Botelho de Souza.



UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO



Atendimento: 1048219

Data e Hora: 19/08/2019 10:41

Especialidade:

Senha da Classificação:

0094

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: ORQUIDEAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 10:45

Queixa Principal

Relato de reoperação de mão em um
emprego/cómbio online há 10 dias.
Sem dor de consciência

Exame Físico

REGAIS RPISTAXR

Exame físico - exame físico e exame

tese Diagnostico

Exame físico de exames com
exame físico

Conduta Terapeutica

Exame físico de exames com
exame físico

Prescrição Médica

Exame físico de exames com
exame físico

Exame físico de exames com
exame físico

Exame físico de exames com
exame físico

Exame físico de exames com
exame físico

Destino:

() Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Atendimento em

Transferência:

Para:

Dr. Marcelo Correia
Ortopedia
CRM: 10647

NR: 5752039

Senha:

Carimbo/Médico

uario Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO

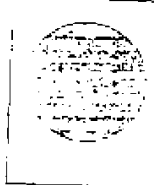


UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/08/2019 10:34



Nome Paciente: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 13/07/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0094
Convênio:
Atendimento:
SAME:

19/08/2019 10:37 - 19/08/2019 10:38

GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - : ENFERMEIRO(A) .

Indicador: NÃO URGENTE - VERDE

Verde: ~~EM AVALIAÇÃO~~ VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS VITIMA DE COLISAO . CARRO E MOTO.
ESCORIAÇÕES NOS MMSS, MMII. DOR NO MSD. RELATO DE EPISTAXE . NEGA DESMAIO
OU VÔMITO

Observação: ALERGIA-
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- SEM PERDA DA FUNÇÃO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/08/2019 10:38

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Carla Silva Costa de Souza Registro: _____

Enfermaria: Unidade 1 Leito: _____

Hora Admissão: _____ Plantão: ☒ DIURNO () NOTURNO DATA: 09/02/2020

Estado Geral	☒ Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	() VO () SNG	() SNE () Dieta Zero	
Padrão Respiratório	() Eupneico	() Dispneico	
Acesso Venoso	☒ Periférico	() Central	Local: _____
Curativos	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☒ Presente	() Ausente () SVD/SVA	Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
08	120/70	—	75	—	15,2		
10	120/70	—	73	—	15,2		
12							
14							
16							
18							
20							
22							
24							

Técnico de Enfermagem: Carla Silva Costa de Souza

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Registro: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Hora Admissão: _____ Plantão: () DIURNO () NOTURNO DATA: ____/____/____

Estado Geral	() Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	() VO () SNG	() SNE () Dieta Zero	
Padrão Respiratório	() Eupneico	() Dispneico	
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	Local: _____
Curativos	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	() Presente	() Ausente () SVD/SVA	Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem: _____



INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO

Data: 19/08/2019 Hora: 15:30 Atendimento nº 1048219

Nome Social: _____ Cor: _____

Nome Civil: David Kelvin Costa de Souza

Possui alguma deficiência? () Sim (x) Não. Se sim, qual? _____

Apelido: _____ Possui documentação? (x) Sim () Não Idade: 25

Endereço: R. Felício dos Santos, 219 - Varzea - Recife

Ponto de Referência: Esquina

Nome do acompanhante: Keliane Silva de Oliveira

Vínculo com o Usuário: Esposa Tel.: (81) 98792-2585

Vive sozinho () Vive sob o mesmo teto com pessoas da família (x)

Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ()

Vive internado em instituição, asilo, abrigo, ou sob a responsabilidade de terceiros ()

Nome da instituição: _____

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? () Sim (x) Não

Qual? _____

ATIVIDADE REALIZADA:

Orientações – Normas e Rotinas	()	
Orientações – Direitos Sociais	(x)	Seguro DPVAT
Encaminhamento à Rede Socioassistencial	()	
Encaminhamento à Rede de Saúde	()	
Atendimento Violência	()	
Articulação Externa/Família	()	
Articulação Externa/Rede	()	

Outras Observações (Contexto familiar, situação socioeconômica, condição de moradia, etc.)

Remoção p/ o H.R.

Reside com a esposa e filhos em casa alugada.

É trabalhador autônomo. Realizada orientação sobre

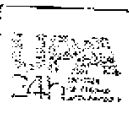
necessidade de compra de medicamentos.

Trabalha

UPA - SÃO LOURENÇO DA MATA
Rua: Professor Alberto do Lago
Assistência Social
CEP: 55.065-140 - Recife / PE







SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA



DATA: 12/02/19 HORA: 13:25

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: David Kelvin Lima de Souza
Idade: 25a

Número do Atendimento: 104 8249

Acompanhado por:

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Prontidão para cirurgia

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: () Tabagismo () Etílico () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonares () Outras

Prontidão para cirurgia

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocrômico () Hipocrômico () Adenóico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Fele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() Edemas () Face () Palpebra () Músculos () Músculos () Anestesia
() Úlcera por pressão local:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Bociólicas () Anisocóricas () Estrábismo () Miócia () Miosia () Fotomorgente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Afebril () Febre T. Axilar = °C FR = IPM Sat O2 = 96% () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
SINAIS VITAIS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos SINAIS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC bpm
PA = mmHg PULSO: () Ritmado () Onirico () Irregular () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico () Jugular () Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

MSE

DIETA: () VO () Acelta bem () Parcialmente () Não aceita ADOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Oculoso () Plano
() Ascítico () Gravídico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Fritas () Diarréia Nº evacuações Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Meleia () Odor fétido () Odor característico () EMATC Aspecto: () Hematêmico () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: () Ausente () Espontânea () SVO () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PAREIA Local:



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO



Atendimento: 1048309

Senha de Classificação:

Data e Hora: 19/08/2019 13:47

Especialidade:

0144

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO

CRM: 4569

Endereço: ORQUIDEAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ANACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

15:45

Queixa Principal

Paciente politraumatizada em acidente de trânsito, no momento em que estava dirigindo. Apresenta dor no abdômen, principalmente na região superior esquerda. Há hematuria de escarro.

Exame Físico

Boa, cor, Glasgow 15. Não há sinais de trauma externo. Há importante dor abdominal.

hipotese Diagnostico

1) TCE? - epistaxe n/a
2) politrauma por acidente automobilístico

Conduta Terapeutica

Rx de fratura e de trauma

Prescrição Médica

1) acetaminofeno 500mg - 1 comprimido a cada 6h
2) morfina 10mg - 1 comprimido a cada 4h
3) paracetamol 500mg - 1 comprimido a cada 6h

Resumo:

() Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo Médico

Uso Triagem:

ALISTADO
() SIM () DIAS
() NÃO



1048309

Tassiana F. Souza Martins
Enfermeira
COREN - PE 721513

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/08/2019 13:45



Nome Paciente: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 18/07/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0144
Convênio:
Atendimento:
SAME:

19/08/2019 13:46 - 19/08/2019 13:46

WILLIANE MAXIMO DE ALBUQUERQUE - COREN: 413946 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: AVALIACAO DA CLINICA
PACIENTA NA AMARELA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: WILLIANE MAXIMO DE ALBUQUERQUE - COREN: 413946 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/08/2019 13:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR IDADE: 25

REGISTRO: 12.12.13 DATA: 13/03/13

HDA: PRONTO ATENDIMENTO S. LOURENÇO
PRONTO ATENDIMENTO S. LOURENÇO
PRONTO ATENDIMENTO S. LOURENÇO
PRONTO ATENDIMENTO S. LOURENÇO

EX. FÍSICO: EXAME FÍSICO NORMAL BRONCOPNEUMONIA

EX. COMPLEMENTARES: V X

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. BRONCOPNEUMONIA
2. BRONCOPNEUMONIA
3. BRONCOPNEUMONIA

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: _____

SENHA: 502034 DESTINO: PRONTO ATENDIMENTO S. LOURENÇO

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM () NÃO ()

JUSTIFICATIVA: _____

HORA DA SOLICITAÇÃO: _____ MÉDICO SOLICITANTE: _____

HORA DA SAÍDA: _____ MÉDICO DA LIBERAÇÃO: _____

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: _____

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19647



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE EM TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORIA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA APRESENTAR SEU PRÓPRIO LAUDO MÉDICO POR TEMPO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO, PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO, NO HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMBRO

DATA DE INTERNAMENTO: 27/03/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 02/09/2019

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 15/09/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOTÃO DOS CARVALHOS - RUA DA PAZ, 100 - JARDIM DA PAZ

MEDICO: LEONARDO DE MELLO JUNIOR
CRM: 100.000.000

Av. General Manoel Rabelo - 25126 - Centro - Jabotão dos Carvalhos - SP - CEP: 13060-000

TELEFONE: 0482-5898 - www.hmj.com.br



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADE POR 02 (DOIS) DIAS PARA SUBSTITUIÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORIA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR QUINZE DIAS (QUINZE) DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO, PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO, EM HORÁRIO MARCADO ABaixo.

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAÇÃO: 23/08/2019

DATA DA CIRURGIA: 02/09/2019

DATA DE ALTA: 04/09/2019

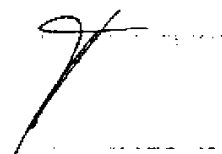
DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019

HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

DEBORA ROSE DA SILVA

MÉDICO RESPONSÁVEL



MÉDICO RESPONSÁVEL

Av. General Manoel Ribelo - nº126 - Centro - Jabotão - SP - 13400-000

TELEFONE: (3433) 9889 - www.hmj.com.br



Receituário Controle Especial

Identificação do Emissor	
Nome: LEONNARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA	
CRM: 23550	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126 - Centro, Jaboatão dos Guararapes - PE - 54100-000	
Telefone: 3482 - 9888	

Assinatura do Emissor
Data: 26/03/2020
Hora: 11:44:14

Identificação do Paciente	
Nome: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	
Endereço: RUA ASSARE, VARZEA, CEP: 50740300, Nº 8, RECIFE - PE	
Prescrição: PARACETAMOL + CODEINA (500MG / 30MG)	
TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORT	

Assinatura do Paciente

Identificação do Comprador	
Nome:	
Endereço:	
Cidade:	UF:

Identificação do Fornecedor	
Ass: do Farmacêutico	

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - PE - 54100-000
TELEFONE: 3482-9888 - www.hmj.com.br



Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Prontuário: 773700

Atendimento: 242369

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Idade: 25 Anos, 1 Mês e 29 Dias

Sexo: Masculino

Médico: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

Dia: 14/10/2019

Hora: 07:00

Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios, mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.

Procedimento a ser realizado:

RADIOGRAFIA BRAÇO - DIREITO

Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório para marcar a consulta.

JABOTÃO DOS GUARARAPES, 16 DE SETEMBRO DE 2019

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22632



DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/1994
ID: 773700

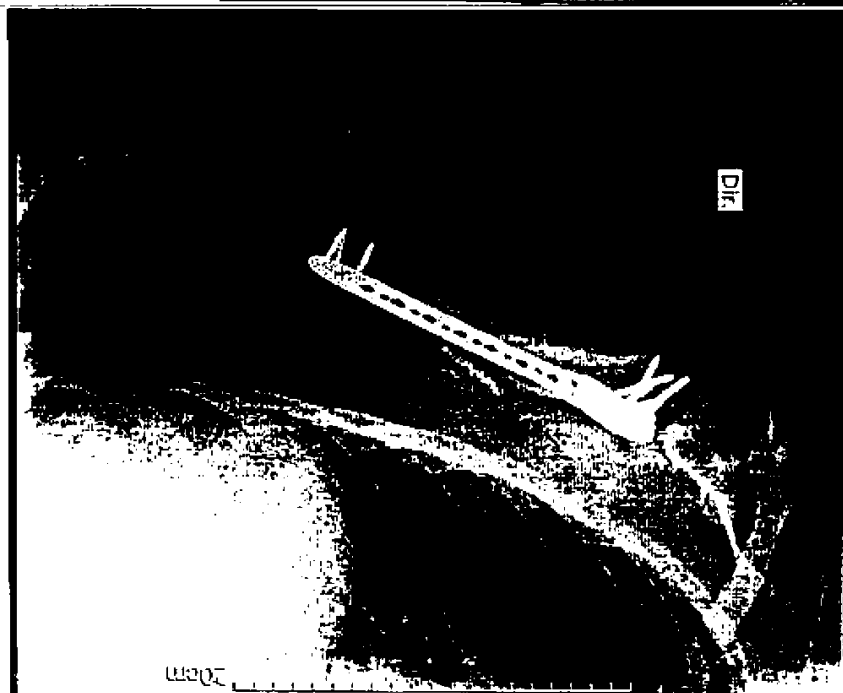
Data de aquis.: 16/09/2019
Hora de aquis.: 08:47:26
Índice de exp.: 1344

OMBRO
AP
W: 4095, L: 2043
ID de técnico: 3900

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES
Escalão: 0

OMBRO
LATERAL
W: 4095, L: 2043
ID de técnico: 3900

Escalão: 0



DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/1994
ID: 773700

Data de aquis.: 16/09/2019
Hora de aquis.: 08:48:59
Índice de exp.: 1702

PROHIBIDO PLASTIFICAR
1683484817



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

MARIA-AURORA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

DOC IDENTIFICAÇÃO DESCRITIVA
 6355362 SDS PE

CPF
 059.058.754-48

DATA NASCIMENTO
 07/01/1983

FILIAÇÃO
 MARCOS ANTONIO DE QUEIROZ VEIGA
 EVA AURORA DE LUCENA ARAGÃO DE QUEIROZ VEIGA

PERMISSÃO
 01/04/2020

ACC
 0

CCZ
 04

VALIDADE
 01/04/2020

1ª HABILITAÇÃO
 18/07/2003

REGISTRO
 02946519314

OBSERVAÇÕES
 sem observações

Maria Aurora L. de Q. Veiga

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 08/08/2015

31939841756
PR065874730

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VALIDA EM TODAS CATEGORIAS NACIONAIS
1024537059

PROVIDA PLASTIFICAR
1024537059



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REPUBLICA DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

RG: 8977299 SDG PE

CPF: 097.703.734-43 **DATA NASCIMENTO: 10/07/1994**

PAISAGEM
BIRASTON FRANCISCO DE S
OUZA
BARZA ANITA OLIVEIRA D
A COSTA

ESTADO: PERNAMBUCO **SEX: M** **CAT. NASC: AB**

VALIDADE: 01/10/2023 **DATA EMISSÃO: 28/11/2013**

05941624274

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683484817

Assinatura: David Kelvin Costa de Souza

LOCAL: RECIFE, PE **DATA EMISSÃO: 01/10/2018**

PROBIDO PLASTIFICAR
1683484817

PERNAMBUCO



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

MARIA-AURORA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

DOC IDENTIFICAÇÃO DESCRITIVA
 6359362 SDS PE

CPF
 059.058.754-48

DATA NASCIMENTO
 07/01/1983

FILIAÇÃO
 MARCOS ANTONIO DE QUEIROZ VEIGA
 EVA AURORA DE LUCENA ARAGÃO DE QUEIROZ VEIGA

PERMISSÃO
 01/04/2020

ACC
 0

CC
 0

VALIDADE
 01/04/2020

1ª HABILITAÇÃO
 16/07/2003

REGISTRO
 02946519314

OBSERVAÇÕES
 sem observações

Maria Aurora L. de Q. Veiga

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 08/08/2015

31939841756
PR065874730

OTACON - PE - PERNAMBUCO

VALIDA EM TODAS
ESTACIONAMENTOS NACIONAIS
1024537059

PROVIDA PLASTIFICAR
1024537059





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	<u>David Kellermann Costa de Souza</u>		
Data do Acidente:	<u>09.07.2020</u>		
Portador da documentação:	☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Qualificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Barrio:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IMIL (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Autência de Laudo do IMIL, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares realizadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário

- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e benefícios): 4020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	<u>26/11/20</u>
Nome:	<u>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</u>
Assinatura:	



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	<u>David Kellerman Costa de Souza</u>		
Data do Acidente:	<u>09.07.2020</u>		
Portador da documentação:	☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Qualificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Barrio:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IMIL (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IMIL, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares realizadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário

- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e benefícios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	<u>26/11/20</u>
Nome:	<u>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</u>
Assinatura:	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718885

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do acidente: 19/08/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do úmero direito.

Descrição do exame físico: Vítima apresenta consolidação alinhada da fratura com mobilidade e força preservados no membro superior direito. Presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura, sem intercorrências. Realizou fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718885

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do acidente: 19/08/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: X DOC PÁG. 02 10 11 // SOLICITADA 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718885 Cidade: Camaragibe Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA Data do acidente: 19/08/2019 Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: X DOC PÁG. 02 10 11 // SOLICITADA 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: David Kelvin Costa de Souza brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Barbeiro residente e domiciliado à Rua das Virgínicas nº 30 bairro: Varzea Município de Recife, Estado de(o) PERNAMBUCO, Cep: 50.310.550, portador(a) do Rg nº: 8.577.299 SDS-PE e CPF nº 097.702.724-42

Outorgado: MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado(a) à Rua TOMAZ GONZAGA, nº 248, bairro: ZUMBI Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO Cep.: 50.711-090, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) David Kelvin Costa de Souza ocorrido em 19/08/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo de invalidez

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, de 20/09/2019 de 2018.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO VARZEA - RECIFE - PE
Avenida Casuarini, 3485 - Jd. Iguatema - CEP: 50.670-000 - Fone: (51) 353-2625

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
lançada em minha presença, dou fé
Recife, 20 de setembro de 2019, 12:34:24

Em testemunho _____
Willes Meo da Silva (Escrivente Autorizado)

Selo: 0076240 HPU09201904.00120
Fórmula: 14 0.30 TETR 14 0.80 PERAMB 0.04 FUNSEC 14 0.08 PEREC 14 0.40 TETR 14 0.20 TOTAL 14 4.81



David Kelvin Costa de Souza
Outorgante
CPF Nº 097.702.724-42



OBS.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: David Kelvin Costa de Souza brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Barbeiro residente e domiciliado à Rua das Virgínicas nº 30 bairro: Varzea Município de Recife, Estado de(o) PERNAMBUCO, Cep: 50.310.550, portador(a) do Rg nº: 8.577.299 SDS-PE e CPF nº 097.702.724-92

Outorgado: MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado(a) à Rua TOMAZ GONZAGA, nº 248, bairro: ZUMBI Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO Cep.: 50.711-090, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) David Kelvin Costa de Souza ocorrido em 19/08/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo de invalidez

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, de 20/09/2019 de 2018.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO VARZEA - RECIFE - PE
Avenida Casuarina, 3485 - Jd. Iguatema - CEP: 50.670-000 - Fone: (51) 353-2625

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
lançada em minha presença, dou fé
Recife, 20 de setembro de 2019, 12:34:24

Em testemunho _____
Willes Meo da Silva (Escrivente Autorizado)

Selo: 0076240 HPU09201904.00120
Folha: 01 de 01 TETR N: 020 PERAMB 04 FUNSEQ N: 008 PERC N: 040 RES N: 020 TOTAL N: 431



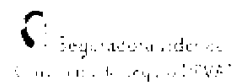
David Kelvin Costa de Souza
Outorgante
CPF Nº 097.702.724-92



OBS.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0467679/19

Número do Sinistro: 3190718885

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

CPF: 097.702.724-42

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 19/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA : 097.702.724-42

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020

Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

CPF: 059.058.754-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

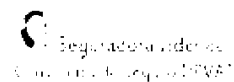
CPF: 102.869.074-61

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0467679/19

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

CPF: 097.702.724-42

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 19/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA : 059.058.754-48

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

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA : 097.702.724-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

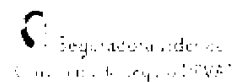
Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417265/19

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

CPF: 097.702.724-42

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 19/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA : 059.058.754-48

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

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA : 097.702.724-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

RAIANNE SILVA BARBOSA



**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: **3190718885**

Nome do(a) Examinado(a): **DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua das Orquídeas, 30 - Recife - PE - CEP 50810-550**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8577299**

Data e local do acidente: [**19/08/2019**] **Recife, PE**

Data e local do exame: [**24/01/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura proximal do úmero direito.

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

*Vítima apresenta consolidação alinhada da fratura com mobilidade e força preservados no membro superior direito.
Presença de cicatriz cirúrgica.*

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura, sem intercorrências. Realizou fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





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

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718885

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15311157





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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718885

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

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. 01473/01474 - carta_02 - INVALIDEZ

00060737



Carta nº 15325665





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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190718885 Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 19/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01623/01624 - carta_03 - INVALIDEZ

00060812



Carta nº 15383005





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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190718885 Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 19/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01929/01930 - carta_04 - INVALIDEZ

00060965



Carta nº 15476077





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura



OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



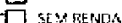
RECUSO INFORMAR



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$1.501,00 ATE R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATE 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)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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/prestação do Seguro DPVAT a que tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende à 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, §2º, 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

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou 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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (verbo)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V08/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura

☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.000,00☐ R\$1.501,00 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)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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/prestação do Seguro DPVAT a que tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☒ O IML que atende à 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, §2º, 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou 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:

30 - Vítima deixou nascituro (verrascos)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 a quem os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



1- LOCAL DO ACIDENTE

AV/RUA: **AVENIDA BELMINIO CORREIA PEDROS** BAIRRO: **AREINHA**
MUNICÍPIO: **CAMARAGIBE** PONTO DE REF.: **ESTACÇÃO AREINHA** DATA: **19/08/2019**

II - HORÁRIO:

08:40 OCORRÊNCIA
10:10 ATENDIMENTO
10:24 LIB. DA VIA
11:27 TÉRM. OCOR.

II - CLASSIFICAÇÃO

☐ SEM VÍTIMAS
☒ COM VÍTIMAS
1 Nº DE FERIDOS
☐ Nº DE MORTOS

IV - NATUREZA

☐ ATROPELAMENTO ☐ PEDESTRE ☐ ANIMAL
☐ ABALROAMENTO ☐ LOGINTUDINAL ☐ TRANSVERSAL
☒ COLISÃO ☐ FRONTAL ☒ TRASEIRA
☐ CHOQUE ☐ OBJETO FIXO ☐ VEÍCULO PARADO
☐ CAPOTAMENTO ☐ TOMBAMENTO ☐ OUTROS

V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA

ACID. VERIFICADO ☐ LONGO DA VIA ☒ F. DE PEDESTRE
COND. VIA ☒ SECA ☐ MOLHDA ☐ OLEOSA ☐ OUTROS
CONS. DA VIA ☒ PERF. ESTADO ☐ MAL ILUMINADA ☐ MAL CONSERV. ☐ OUTROS
COND. TEMPO ☒ BOM ☐ CHUVOSO ☐ NUBLADO
SEMAFORO ☒ S/DEFEITO ☐ C/ DEFEITO ☐ DESLIGADO ☐ NÃO EXISTE
SINALIZAÇÃO ☐ PERF. ESTADO ☐ NÃO EXISTE ☒ ILEGÍVEL ☐ INCOMPLETA

VI - CONTROLE DE TRÁFEGO

☐ AGENTE ☐ PLACA "PARE" ☐ PLACA DE A. PREF.
☐ F. DE PEDESTRE ☒ NÃO HÁ PLACAS ☐ OUTROS
☒ NÃO HÁ
MÃO DE DIREÇÃO ☒ ÚNICA ☐ DUPLA ☐ INGLESA
DIVISÃO DA VIA ☐ FAIXA ☒ CANTEIRO ☐ OUTROS

VII - IDENTIFICAÇÃO

INFRAÇÃO COMETIDA:				APARÊNCIA			
CÓDIGO:				☒ NORMAL			
MARCA/MODELO:	HONDA CIVIC EXL CVT	COR:	BRANCA	ANO:	2017	PLACA/UF:	PDY 3548
MUNICÍPIO:	RECIFE	CHASSI:	93HFC2640H2129891	RENAVAN:	1129068968		
CONDUTOR:	EDVALDO SEVERINO GONZAGA DA SILVA	GRAU DE INST.:	3º	SEXO:	M	IDADE:	37
R.G./UF:	6183199 SDS-PE	C.P.F.:		CNH Nº:	1107713824		
CNH REGISTRO Nº	03711002224	UF:	PE	CAT.:	B	VALIDADE:	29/10/2020
LOGRADOURO:	ESTRADA DO BARBALHO	Nº	20	CEP:	****		
BAIRRO:	PUTINGA	CIDADE:	RECIFE	UF:	PE		
PROPRIETÁRIO:	MANOELA ALVES DA SILVA	CPF/CNPJ:	058.297.414-89	Nº	****	CEP:	*****
LOGRADOURO:		CIDADE:	RECIFE	UF:	PE		
BAIRRO:		CIDADE:	RECIFE	UF:	PE		
ARRENDAMENTO MERCANTIL		CIDADE:	RECIFE	UF:	PE		
☒ LIBERADO	☐ REMOVIDO	LOCAL:					
INFRAÇÃO COMETIDA:				TESTE DO BAFÔMETRO			
CÓDIGO:				☒ REALIZADO/LOCAL			
MARCA/MODELO:	HONDA CG 150 TITAN EX	COR:	BRANCA	ANO:	2014	PLACA/UF:	ORM 9131
MUNICÍPIO:	RECIFE	CHASSI:	9C2KC186OERO13236	RENAVAN:	596052780		
CONDUTOR:	DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	GRAU DE INST.:		SEXO:	M	IDADE:	25
R.G./UF:	8577299 SDS-PE	C.P.F.:		CNH Nº:	1683484817		
CNH REGISTRO Nº	1883484817	UF:	PE	CAT.:	AB	VALIDADE:	01/10/2023
LOGRADOURO:	NÃO COLETADO	Nº		CEP:	*****		
BAIRRO:		CIDADE:		UF:			
PROPRIETÁRIO:	DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	CPF/CNPJ:	097.702.724-42	Nº	****	CEP:	*****
LOGRADOURO:		CIDADE:		UF:			
BAIRRO:		CIDADE:		UF:			
ARRENDAMENTO MERCANTIL		CIDADE:		UF:			
☒ LIBERADO	☐ REMOVIDO	LOCAL:					
INFRAÇÃO COMETIDA:				TESTE DO BAFÔMETRO			
CÓDIGO:				☐ REALIZADO/LOCAL			

Confere com o original
15/08/2019 Elizângela S. Silva
Mat. 5729



XII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

V1	V2	V3	V4
TOTAL MARCADO: 10	TOTAL MARCADO: 14	TOTAL MARCADO: 1	TOTAL MARCADO: 1

NOMECLATURA

1. A. A. A. A.
2. A. A. A. A.
3. A. A. A. A.
4. A. A. A. A.
5. A. A. A. A.
6. A. A. A. A.
7. A. A. A. A.
8. A. A. A. A.

XIII - CROQUI

LOCAL DESCAVATIZADO

Confere com o original
 15/03/19 Elizabeth S. Silva
 Mat 5725

SIMBOLOGIA

- 1. A. A. A. A.
- 2. A. A. A. A.
- 3. A. A. A. A.
- 4. A. A. A. A.
- 5. A. A. A. A.
- 6. A. A. A. A.
- 7. A. A. A. A.
- 8. A. A. A. A.
- 9. A. A. A. A.
- 10. A. A. A. A.
- 11. A. A. A. A.
- 12. A. A. A. A.
- 13. A. A. A. A.
- 14. A. A. A. A.
- 15. A. A. A. A.
- 16. A. A. A. A.
- 17. A. A. A. A.
- 18. A. A. A. A.
- 19. A. A. A. A.
- 20. A. A. A. A.

XIV - CONCORDO COM O CROQUI ORA APRESENTADO

V1

V2

OUTORES DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOAT

Elizabeth S. Silva





GUARDA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
BRIGADA DE GUARDA DE TRÂNSITO - SGTRAN
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

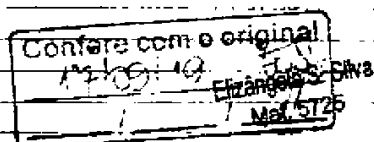
ANEXO AO BOAT Nº (315/2019)

O preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário

Descreva abaixo, como ocorreu o acidente:

Eu Edvaldo Filho na placa PDY 3548
Camaragibe, atropelou uma moto e sua
Aniceto. Eu coloquei a moto na pista
colocando uma calção na pista.

AVARIAS: Quadro preenchido pelo Agente de Trânsito:



EDVALDO SEVERINO CORREIA R.S. 044.663.354-27
Nome do condutor CPF

5183198 511 PM
(Nº RG / Órgão Expediente)

988457280 PDY 3548 19/03/2019 09:15
Fone Placa Data Hora

PDY 3548
Edvaldo S. S. de J. Silva
Ass. do Condutor

Observação:

- 1) O condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
- 2) O condutor sempre que possível deverá assinar o croqui e as avarias dos respectivos veículos;
- 3) O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade exclusiva dos condutores.





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



CATEGORIA	V1	V2	V3	V4	ESPÉCIE	V1	V2	V3	V4	TIPO	V1	V2	V3	V4	TIPO CONTINUA	V1	V2	V3	V4
OFICIAL					PASSEGEIROS	X	X			AUTOMÓVEL	X				CAMINHÃO				
PARTICULAR	X	X			MISTO					CAMINHONETE					ESCOLAR				
ALUGUEL					CARGA					CAMIONETA					MICRO-ÔNIBUS				
REPRESENTAÇÃO					ESPECIAL					TÁXI					MOTOCICLETA	X			
EXPERIÊNCIA					OUTROS					ÔNIBUS					MOTONETA				
															BICICLETA				

MARCAS DE FRENAGEM MEDEM	UNIDADE	V1	V2	V3	V4
RODAS QUE TRAVARAM	METRO(S)				
DIST. PERCORRIDA APOS ACID.	QUANTIDADE				
VELOC. QUE TRANS. (SEC/COND.)	METRO(S)				
VELOC. MAX. PERMIT. P/ LOCAL	Km(S)				
	Km(S)				

DESCRIÇÃO	V1	V2	V3	V4

XII - VITIMAS

1	NOME: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	IDADE: 25	RG/UF: 8.577.299
END.: NÃO COLETADO	BAIRRO: ----	CIDADE: ---	
Ocupação:	GRAU DE INSTRUÇÃO:		
TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:	
☐ USAVA CAPACETE	☒ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : UPA DA CAXANGÁ		
2	NOME: -----	IDADE: -----	RG/UF: -----
END.: -----	BAIRRO: -----	CIDADE: -----	
Ocupação:	GRAU DE INSTRUÇÃO:		
TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : -----		
3	NOME: -----	IDADE: -----	RG/UF: -----
END.: -----	BAIRRO: -----	CIDADE: -----	
Ocupação:	GRAU DE INSTRUÇÃO:		
TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : -----		
4	NOME: -----	IDADE: -----	RG/UF: -----
END.: -----	BAIRRO: -----	CIDADE: -----	
Ocupação:	GRAU DE INSTRUÇÃO:		
TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : -----		

Confere com o original
12/03/2020
Elizângela S. Silva
Mat. 5725





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



XIII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

EM ANEXO

XIV - CROQUI

EM ANEXO

XVI - DESCRIÇÃO APARENTES DAS AVARIAS

AVARIAS DO V-1: CAPO AMASSADO, FAROL RISCADO LADO ESQUERDO, PARA CHOQUE DIANTEIRO QUEBRADO, GRADE FRONTAL QUEBRADA. AVARIAS DO V-2: CAIXA DO FAROL QUEBRADA, GUIDON EMPENADO, RETROVISOR LADO DIREITO QUEBRADO, CARENAGEM DO TANQUE DE COMBUSTÍVEL ARRANHADA, BANCO DESENCAIXADO, RABETA QUEBRADA, PLACA AMASSADA, SETA TRASEIRA LADO ESQUERDO QUEBRADA, PARALAMA TRASEIRO QUEBRADO, CAIXA DO PAINEL QUEBRADO, PUNHO ESQUERDO QUEBRADO, PUNHO ESQUERDO RASGADO, RODA TRASEIRA QUEBRADA, ALÇA DO PASSAGEIRO QUEBRADA.

OBSERVAÇÕES:

CHEGANDO NO LOCAL DO ACIDENTE UMA ARV-658 DOS BOMBEIROS ESTAVA NO LOCAL SOCCORENDO A VÍTIMA QUE PILOTAVA O V-2. RESPONSÁVEL PELA EQUIPE DO BOMBEIRO SGT. ARAÚJO MAT. 940108-3. DESTINO A UPA DA CAXANGÁ. NÃO FOI INFORMADO O ENDEREÇO DA VÍTIMA SR. DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA DE 25 ANOS. OBS.: A MOTOCICLETA DA VÍTIMA DE PLACA ORM - 9131 FOI ENTREGUE AO SR. JOÃO BATISTA DE ARAÚJO PEREIRA RG 25206, FAMÍLIA DA VÍTIMA. EQUIPE DA BGTRAN - SUB IVANILDO MAT. 0745; GCM CRISTIANO MAT. 5721; VIATURA 02.

XVII - TESTEMUNHAS

1.T - NOME: _____ CPF.N.º: _____
RG N.º: _____ IDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____
LOGRADOURO: _____ N.º: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____
2.T - NOME: _____ CPF.N.º: _____
RG N.º: _____ IDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____
LOGRADOURO: _____ N.º: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____

XVIII - NOTIFICAÇÃO

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005721	CRISTIANO SILVA	CONFORME ORIGINAL

XIX - TRIAGEM

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005725	GCM ELIZÂNGELA	Elizângela S. Silva Mat. 5725

XX - DIGITAÇÃO

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005725	GCM ELIZÂNGELA	Elizângela S. Silva Mat. 5725

Confere com o original
19/09/19 Elizângela S. Silva
Mat. 5725

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE - SEÇÃO DE REGISTRO DE TRÂNSITO - DTr.

1217/09/201911:05Plan3





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



1- LOCAL DO ACIDENTE

AV/RUA: **AVENIDA BELMINIO CORREIA PE006** BAIRRO: **AREINHA**
MUNICÍPIO: **CAMARAGIBE** PONTO DE REF.: **ESTACÇÃO AREINHA** DATA: **19/08/2019**

II - HORÁRIO:

08:40 OCORRÊNCIA
10:10 ATENDIMENTO
10:24 LIB. DA VIA
11:27 TÉRM. OCOR.

II - CLASSIFICAÇÃO

☐ SEM VÍTIMAS
☒ COM VÍTIMAS
1 Nº DE FERIDOS
☐ Nº DE MORTOS

IV - NATUREZA

☐ ATROPELAMENTO ☐ PEDESTRE ☐ ANIMAL
☐ ABALROAMENTO ☐ LOGINTUDINAL ☐ TRANSVERSAL
☒ COLISÃO ☐ FRONTAL ☒ TRASEIRA
☐ CHOQUE ☐ OBJETO FIXO ☐ VEÍCULO PARADO
☐ CAPOTAMENTO ☐ TOMBAMENTO ☐ OUTROS

V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA

ACID. VERIFICADO ☐ LONGO DA VIA ☒ F. DE PEDESTRE
COND. VIA ☒ SECA ☐ MOLHDA ☐ OLEOSA ☐ OUTROS
CONS. DA VIA ☒ PERF. ESTADO ☐ MAL ILUMINADA ☐ MAL CONSERV. ☐ OUTROS
COND. TEMPO ☒ BOM ☐ CHUVOSO ☐ NUBLADO
SEMAFORO ☒ S/DEFEITO ☐ C/ DEFEITO ☐ DESLIGADO ☐ NÃO EXISTE
SINALIZAÇÃO ☐ PERF. ESTADO ☐ NÃO EXISTE ☒ ILEGÍVEL ☐ INCOMPLETA

VI - CONTROLE DE TRÁFEGO

☐ AGENTE ☐ PLACA "PARE" ☐ PLACA DE A. PREF.
☐ F. DE PEDESTRE ☒ NÃO HÁ PLACAS ☐ OUTROS
☒ NÃO HÁ
MÃO DE DIREÇÃO ☒ ÚNICA ☐ DUPLA ☐ INGLESA
DIVISÃO DA VIA ☐ FAIXA ☒ CANTEIRO ☐ OUTROS

VII - IDENTIFICAÇÃO

INFRAÇÃO COMETIDA:				APARÊNCIA			
CÓDIGO:				☒ NORMAL			
MARCA/MODELO:	HONDA CIVIC EXL CVT	COR:	BRANCA	ANO:	2017	PLACA/UF:	PDY 3548
MUNICÍPIO:	RECIFE	CHASSI:	93HFC2640H2129891	RENAVAN:	1129068968		
CONDUTOR:	EDVALDO SEVERINO GONZAGA DA SILVA	GRAU DE INST.:	3º	SEXO:	M	IDADE:	37
R.G./UF:	6183199 SDS-PE	C.P.F.:		CNH Nº:	1107713824		
CNH REGISTRO Nº	03711002224	UF:	PE	CAT.:	B	VALIDADE:	29/10/2020
LOGRADOURO:	ESTRADA DO BARBALHO	Nº	20	CEP:	****		
BAIRRO:	PUTINGA	CIDADE:	RECIFE	UF:	PE		
PROPRIETÁRIO:	MANOELA ALVES DA SILVA	CPF/CNPJ:	058.297.414-89	Nº	****	CEP:	*****
LOGRADOURO:		CIDADE:	RECIFE	UF:	PE		
BAIRRO:		CIDADE:	RECIFE	UF:	PE		
ARRENDAMENTO MERCANTIL		CIDADE:	RECIFE	UF:	PE		
☒ LIBERADO	☐ REMOVIDO	LOCAL:					
INFRAÇÃO COMETIDA:				TESTE DO BAFÔMETRO			
CÓDIGO:				☒ NÃO REALIZADO			
MARCA/MODELO:	HONDA CG 150 TITAN EX	COR:	BRANCA	ANO:	2014	PLACA/UF:	ORM 9131
MUNICÍPIO:	RECIFE	CHASSI:	9C2KC1860ERO13236	RENAVAN:	596052780		
CONDUTOR:	DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	GRAU DE INST.:		SEXO:	M	IDADE:	25
R.G./UF:	8577299 SDS-PE	C.P.F.:		CNH Nº:	1683484817		
CNH REGISTRO Nº	1883484817	UF:	PE	CAT.:	AB	VALIDADE:	01/10/2023
LOGRADOURO:	NÃO COLETADO	Nº		CEP:	*****		
BAIRRO:		CIDADE:		UF:			
PROPRIETÁRIO:	DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	CPF/CNPJ:	097.702.724-42	Nº	****	CEP:	*****
LOGRADOURO:		CIDADE:		UF:			
BAIRRO:		CIDADE:		UF:			
ARRENDAMENTO MERCANTIL		CIDADE:		UF:			
☒ LIBERADO	☐ REMOVIDO	LOCAL:					

Confere com o original
15/08/2019 Elizângela S. Silva
Mat. 5729

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE - SESCIMO8Diretoria de Trânsito - DT

1417/09/201911 05Plan



XII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

V1	V2	V3	V4
TOTAL MARCADO: 10	TOTAL MARCADO: 14	TOTAL MARCADO: 1	TOTAL MARCADO: 1

NOMECLATURA

1. A. A. A. A.
2. A. A. A. A.
3. A. A. A. A.
4. A. A. A. A.
5. A. A. A. A.
6. A. A. A. A.
7. A. A. A. A.
8. A. A. A. A.

XIII - CROQUI

LOCAL DESCAVATIZADO

Confere com o original
 15/03/19 Elizabeth S. Silva
 Mat 5725

SIMBOLOGIA

- 1. A. A. A. A.
- 2. A. A. A. A.
- 3. A. A. A. A.
- 4. A. A. A. A.
- 5. A. A. A. A.
- 6. A. A. A. A.
- 7. A. A. A. A.
- 8. A. A. A. A.
- 9. A. A. A. A.
- 10. A. A. A. A.
- 11. A. A. A. A.
- 12. A. A. A. A.
- 13. A. A. A. A.
- 14. A. A. A. A.
- 15. A. A. A. A.
- 16. A. A. A. A.
- 17. A. A. A. A.
- 18. A. A. A. A.
- 19. A. A. A. A.
- 20. A. A. A. A.

XIV - CONCORDO COM O CROQUI ORA APRESENTADO

V1

V2

OUTORES DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOAT

Elizabeth S. Silva





GUARDA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
BRIGADA DE GUARDA DE TRÂNSITO - SGTRAN
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

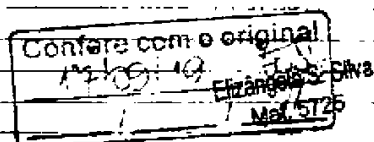
ANEXO AO BOAT Nº (315/2019)

O preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário

Descreva abaixo, como ocorreu o acidente:

Eu Edvaldo Sousa na placa PDY 3548
Camaragibe, atropelou uma moto e sua
Aniceto. Eu coloquei a moto na pista
colocando uma calção na pista.

AVARIAS: Quadro preenchido pelo Agente de Trânsito:



EDVALDO SEVERINO CORREIA Nº S. 044.663.354.27
Nome do condutor CPF

5183198 Matr. 5725
(Nº RG / Orgão Expedidor)

988457280 PDY 3548 19/03/2019 09:15
Fone Placa Data Hora

PDY 3548
Edvaldo S. S. de J. Silva
Ass. do Condutor

Observação:

- 1) O condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
- 2) O condutor sempre que possível deverá assinar o croqui e as avarias dos respectivos veículos;
- 3) O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade exclusiva dos condutores.





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO Nº 315/2020



CATEGORIA	V1	V2	V3	V4	ESPÉCIE	V1	V2	V3	V4	TIPO	V1	V2	V3	V4	TIPO CONTINUA	V1	V2	V3	V4
OFICIAL					PASSEGEIROS	X	X			AUTOMÓVEL	X				CAMINHÃO				
PARTICULAR	X	X			MISTO					CAMINHONETE					ESCOLAR				
ALUGUEL					CARGA					CAMIONETA					MICRO-ÔNIBUS				
REPRESENTAÇÃO					ESPECIAL					TÁXI					MOTOCICLETA	X			
EXPERIÊNCIA					OUTROS					ÔNIBUS					MOTONETA				
															BICICLETA				

MARCAS DE FRENAGEM MEDEM	UNIDADE	V1	V2	V3	V4
RODAS QUE TRAVARAM	METRO(S)				
DIST. PERCORRIDA APOS ACID.	QUANTIDADE				
VELOC. QUE TRANS. (SEC/COND.)	METRO(S)				
VELOC. MAX. PERMIT. P/ LOCAL	Km(S)				
	Km(S)				

DESCRIÇÃO	V1	V2	V3	V4

XII - VITIMAS

1	NOME: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	IDADE: 25	RG/UF: 8.577.299
END.: NÃO COLETADO	BAIRRO: ----	CIDADE: ---	
Ocupação:	GRAU DE INSTRUÇÃO:		
TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:	
☐ USAVA CAPACETE	☒ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : UPA DA CAXANGÁ		
2	NOME: -----	IDADE: -----	RG/UF: -----
END: -----	BAIRRO: -----	CIDADE: -----	
Ocupação: -----	GRAU DE INSTRUÇÃO: -----		
TIPO DE VEÍCULO: -----	GRAVIDADE: -----		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: -----	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : -----		
3	NOME: -----	IDADE: -----	RG/UF: -----
END: -----	BAIRRO: -----	CIDADE: -----	
Ocupação: -----	GRAU DE INSTRUÇÃO: -----		
TIPO DE VEÍCULO: -----	GRAVIDADE: -----		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: -----	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : -----		
4	NOME: -----	IDADE: -----	RG/UF: -----
END: -----	BAIRRO: -----	CIDADE: -----	
Ocupação: -----	GRAU DE INSTRUÇÃO: -----		
TIPO DE VEÍCULO: -----	GRAVIDADE: -----		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: -----	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : -----		

Confere com o original
12/03/2020
Elizângela S. Silva
Mat. 5725





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



XIII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

EM ANEXO

XIV - CROQUI

EM ANEXO

XVI - DESCRIÇÃO APARENTES DAS AVARIAS

AVARIAS DO V-1: CAPO AMASSADO, FAROL RISCADO LADO ESQUERDO, PARA CHOQUE DIANTEIRO QUEBRADO, GRADE FRONTAL QUEBRADA. AVARIAS DO V-2: CAIXA DO FAROL QUEBRADA, GUIDON EMPENADO, RETROVISOR LADO DIREITO QUEBRADO, CARENAGEM DO TANQUE DE COMBUSTÍVEL ARRANHADA, BANCO DESENCAIXADO, RABETA QUEBRADA, PLACA AMASSADA, SETA TRASEIRA LADO ESQUERDO QUEBRADA, PARALAMA TRASEIRO QUEBRADO, CAIXA DO PAINEL QUEBRADO, PUNHO ESQUERDO QUEBRADO, PUNHO ESQUERDO RASGADO, RODA TRASEIRA QUEBRADA, ALÇA DO PASSAGEIRO QUEBRADA.

OBSERVAÇÕES:

CHEGANDO NO LOCAL DO ACIDENTE UMA ARV-668 DOS BOMBEIROS ESTAVA NO LOCAL SOCCORENDO A VÍTIMA QUE PILOTAVA O V-2. RESPONSÁVEL PELA EQUIPE DO BOMBEIRO SGT. ARAÚJO MAT. 940108-3. DESTINO A UPA DA CAXANGÁ. NÃO FOI INFORMADO O ENDEREÇO DA VÍTIMA SR. DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA DE 25 ANOS. OBS.: A MOTOCICLETA DA VÍTIMA DE PLACA ORM - 9131 FOI ENTREGUE AO SR. JOÃO BATISTA DE ARAÚJO PEREIRA RG 25206, FAMÍLIA DA VÍTIMA. EQUIPE DA BGTRAN - SUB IVANILDO MAT. 0745; GCM CRISTIANO MAT. 5721; VIATURA 02.

XVII - TESTEMUNHAS

1.T - NOME: _____ CPF.N.º: _____
RG.N.º: _____ IDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____
LOGRADOURO: _____ N.º: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____
2.T - NOME: _____ CPF.N.º: _____
RG.N.º: _____ IDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____
LOGRADOURO: _____ N.º: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____

XVIII - NOTIFICAÇÃO

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005721	CRISTIANO SILVA	CONFORME ORIGINAL
DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005725	GCM ELIZÂNGELA	Elizângela S. Silva Mat. 5725
DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005725	GCM ELIZÂNGELA	Elizângela S. Silva Mat. 5725

Confere com o original
19/09/19 Elizângela S. Silva
Mat. 5725

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE - SEÇÃO DE REGISTRO DE TRÂNSITO - DTr.

1217/09/201911:05Plan3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura

☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.000,00☐ R\$1.501,00 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)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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/prestação do Seguro DPVAT a que tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☒ O IML que atende à 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, §2º, 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou 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:

30 - Vítima deixou nascituro (verbo)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 a quem os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



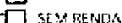
RECUSO INFORMAR



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$1.501,00 ATE R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATE 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)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0075



CONTA:

68225-9

-9

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende à 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, §2º, 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

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou 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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (verboes)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

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 a quem os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019

