



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ -
DP79ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0169000718**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **17:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **16/1/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAMANDARÉ, 1, RODOVIA PE 60, TAMANDARÉ/PE - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO / BRASIL - Ponto de Referência: ANTES DA MARINHA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE 60, TAMANDARÉ/PE**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
SERGIO BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS**

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

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SONIA MARIA DA SILVA** Pai: **JOSE MARCOLINO SILVA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **5/2/1999** Nacionalidade: **PARAGUAIENSE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **0198890/909/PE (RG), 13365721401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81983688738**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAMANDARÉ, 1, RUA NOVO AFOGADO, S/N, LOTEAMENTO COHAB I, CENTRO, TAMANDARÉ - CEP: 55680-000 - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

SERGIO BARBOSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SERGIO BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS**

Scanned by CamScanner



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/intopol/xml/BOEPTV12

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDL5532** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **RENAVAM 1108594422**

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS, QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE B.O, NO ENDEREÇO DO FATO, QUANDO O VEICULO DESCONHECIDO VEIO REALIZAR UMA CONVERSÃO NO LOCAL NÃO APROPRIADO NA RODOVIA, OCASIONANDO O ACIDENTE NA VITIMA QUE ESTAVA CODUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULANCIA AO QUAL LEVOU PARA UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ/PE RECEBENDO O NUMERO DE RESGITO DE N° 273419, E POSTERIORMENTE SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, TENDO COMO ATEDIMENTO DE N° 478691, DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAIS LEGAIS.

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

x *Matheus da Silva dos Santos*
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)

8
B.O. registrado por: **GUSTAVO DOS SANTOS LUNA** - Matrícula: **350754-8**





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-902
CNPJ 10.835.932/0001-68 | Insc. Est. 000943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSIAS DA COSTA MARINHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LÔ COMAD 91 - A

CPF 376 890 074-04

TAMANDARÉ/TAMANDARÉ
TAMANDARÉ PE
55578-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
05877804	UNICA	28/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/04/2019	2001837584	5298382

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7005307834	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATAS PREVISÍVEIS PRÓXIMA LETURA
08/05/2019	28/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	71,51

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	81.0000000	0.7738889	62,84
Contrib. Rum. Pública Municipal			5,89
ICMS Subvenção COE-Nº 052748132-25/02/19			0,54
Multa por atraso-NF 058119532-27/03/19			1,41
Juros por atraso-NF 058119532-27/03/19			0,44
Atualização IOPMA-NF 058119532-27/03/19			0,59
TOTAL DA FATURA			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
301107028	CA1	27-03-2019	5 537,00	26-04-2019	6 619,00	30	81,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
ABR 19 01		62,84	25,00	15,96	25,00%
MAR 19 04		62,84	1,35	0,84	1,35%
FEV 19 01		62,84	6,21	3,90	6,21%
JAN 19 01					
DEZ 18 00					
NOV 18 05					
OUT 18 75					
SET 18 66					
AGO 18 73					
JUL 18 60					
JUN 18 64					
MAI 18 74					
ABR 18 70					
Consumo Ativo (kWh)		TARIFAS APLICADAS		0,52156000	
		RESERVAÇÃO AO FISCO		C984 4E4A TAEB 0675 4763 56A7 52A8 B049	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagos no período em que o valor da energia elétrica for superior ao valor da tarifa social, o cliente deverá pagar a diferença. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. Na data de emissão da fatura, o cliente deverá estar em situação regular perante a Receita Federal do Brasil e o Fisco. O cliente é responsável por manter a fatura em dia e por apresentar a fatura em dia para a Receita Federal do Brasil e o Fisco. O cliente é responsável por manter a fatura em dia e por apresentar a fatura em dia para a Receita Federal do Brasil e o Fisco.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL (V)	220	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	202
DIC	0,00	202	231
FIC	0,00		
DMIC	0,00		

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		NÍVEIS DE TENSÃO	
VALOR ANUAL	LIMITE ANUAL	LIMITE ANUAL	LIMITE ANUAL
0,00	5,55	11,10	22,21
0,00	3,23	6,47	12,95
0,00	3,20	0,00	0,00

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7005307834	04/2019	08/05/2019	71,51



Emitido pelo Banco Bradesco SA, em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

AGÊNCIA

CONTA

6043 7 0009593 1 328

AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fácil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022

Acesso do Exterior +55 11 4002-0022

SAC: 0800 704-8383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0099

Ouvidoria: 0800 727-9933

banco.bradesco

Banco24Horas

ATM

pulse

NO EXTERIOR



IDEIA 2 - 1674693D1 - 07/19

Scanned by CamScanner

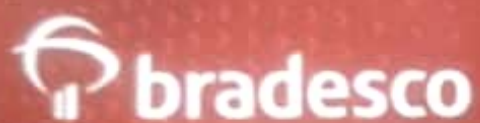


Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 08/01/2020 11:41:01

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010811410188600000055303663>

Número do documento: 20010811410188600000055303663

Num. 56214430 - Pág. 1



6504 9465 5134 6309

VALID THRU

09/24

MATHEUS DA SILVA DOS SANTO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jeimison José Neri de Lyra inscrito (a) no CPF 049.520.594 / 05
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mathheus da Silva dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 133.657.214 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Mathheus da Silva dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

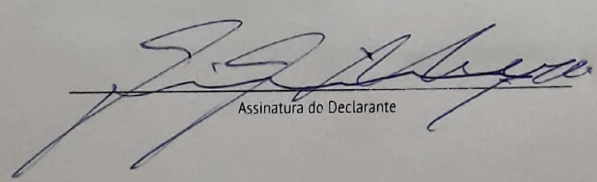
☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua João Batista de Vasconcelos</u>		Número <u>111</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Barreiras</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55560-000</u>
Email <u>administracao@plymado.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 99751-5587</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9675-1858</u>

Barreiras, 27 de novembro de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

Scanned by CamScanner



5

DECLARAÇÃO DE ISENTO

Eu, Mathews da Silva dos Santos brasileiro (a), (estado civil) Solteiro (profissão) Cozinheiro, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº 9106896 e inscrito (a) no CPF/MF sob nº 133.657.214-01 declaro para os devidos fins não ter apresentado a Declaração de Imposto de Renda, por não atingir os parâmetros de obrigatoriedade.

Tal declaração é firmada nos termos da Lei 7.115/83 e sob as cominações legais.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barreiros, 20 de Dezembro de 2019.

Mathews da Silva dos Santos
(Nome e assinatura)

ESCRITÓRIO J A LYRA ADVOGADOS E CONSULTORES

Unidade Recife-PE: Av. Barão de Souza Leão, 425, 1710, Boa Viagem, Recife – PE Fone: 081-30977735

Unidade Barreiros-PE: Escritório à Rua João Batista de Vasconcelos, 111, Barreiros-PE, 081-36751858

Unidade São Paulo – SP: Avenida Paulista, nº 726, 1 andar, Bela Vista, São Paulo – SP, 011-99873-6871

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 08/01/2020 11:41:02

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010811410220600000055303665>

Número do documento: 20010811410220600000055303665

Num. 56216332 - Pág. 1



4

DECLARAÇÃO

Matheus da Silva dos Santos, Brasil
leixo, Seltine, Oporem, portador da Cédula de Identidade
RG nº 9106896, inscrito no CPF/MF sob o número 133.657.214-01,
residente e domiciliado na
Rua Lohab, nº 91-A,
Samarandari - PE, Fones:

_____, declaro que não posso suportar as despesas processuais
decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo,
pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50,
pobre no sentido legal da aceção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barreiros, 20, Dezembro de 20 19.

Matheus da Silva dos Santos
(Nome e assinatura)

ESCRITÓRIO J A LYRA ADVOGADOS E CONSULTORES

Unidade Recife-PE: Av. Barão de Souza Leão, 425, 1710, Boa Viagem, Recife - PE Fone: 081-30977735

Unidade Barreiros-PE: Escritório à Rua João Batista de Vasconcelos, 111, Barreiros-PE, 081-36751858

Unidade São Paulo - SP: Avenida Paulista, nº 726, 1 andar, Bela Vista, São Paulo - SP, 011-99873-6871

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 08/01/2020 11:41:02

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010811410231800000055303666>

Número do documento: 20010811410231800000055303666

Num. 56216333 - Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013935893042

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 1108594422 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME

SERGIO BARBOSA DA SILVA

TAMANDARÉ-PE

CPF / CNPJ

079.937.274-99

PLACA

PDL5532

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JB0100HR235460

ESPÉCIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/POP 110I

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2017

CAP / POT / CIL

2P/109CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I
P
V
A

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

1ª
2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

DOCUMENTO DE FORTALECIMENTO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

TAMANDARÉ

DATA

10/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

Scanned by CamScanner

565 563 9632 9442 0001

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		Registro Nº 274744
UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ		Data 25/10/19
Boletim de Atendimento Médico/Serviço de Emergência		Hora: 15 h 55 Min.
Unidade de Saúde: UNIDADE MISTA DRº JOSÉ MÚCIO MONTEIRO		
Nome do Paciente: <u>Enathias da Silva de Santos</u>		
Data de Nascimento: <u>05.02.1999</u>	Idade: <u>39 anos</u>	Sexo: <u>M</u> Masculino () Feminino
Endereço: <u>Rua Colômbi</u>	Nº:	Município: <u>Tamandaré</u>
Profissão: <u>Garçom</u>	Condição: () Segurado () Esposa () Filho () Outro	
Nome do Acompanhante:		
Endereço: <u>Rua Colômbi</u>	Nº:	Município: <u>Tamandaré</u>
Ocorrência: Local da Ocorrência:		
Tipo de Ocorrência:		
() Acidente de Trânsito () Agressão () Outros		
() Acidente de Trânsito () Suicídio () Acidentes		
Atendimento: h Min.		
Pressão Arterial: Máx: Min:	Pulso:	Temperatura Axilar: Renal:
Queixa Principal - História da Doença Atual: <u>Doença em fase pré-histórica</u>		
Exame Físico:		
Hipótese diagnóstica: <u>Tumor f. l. d.</u>		
Tratamento: <u>St - f. l. d.</u>		
Destino do Paciente:		
() Observação Clínica		
() Liberado para Residência com Medicação Prescrita		
() Liberado para Residência com Medicação Aplicada		
CID. Nº		
() Transferido para outra Unidade		
() Internado		
() Óbito h Min.		
Dr. Antônio Jorge Ribeiro de MÉDICO CREMEPE 4682		
25/10/19 Data		Assinatura do Médico/CRM/Carimbo

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 08/01/2020 11:41:02

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010811410257900000055305468>

Número do documento: 20010811410257900000055305468

Num. 56216335 - Pág. 1

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial da Previdência Social, a do Poder Judiciário, que examinei este paciente e/ou indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e constatai que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do Paciente: Mathus de Sales dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificação do CID 10

- 1) T92 - M65 - S62.5
2) _____
3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(X) Sim, Quais?

ao exame apurado, paciente
no membro superior D, devido
a fratura de rádio distal articular D,
e tendente edema de partes moles

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Rigidez do punho D, e
instabilidade do punho inf.
por fratura do rádio distal D
e tendão do punho

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(X) Sim, Porque?

Pela dor pelo movimento de
maneira para trabalhar e por
paralisia

A incapacidade é irreversível?

(X) Sim

() Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré, 09

09 MAIO 2019

Dr. Paulo Gracioso
Traumato - Ortopedia
CREMEPE 4277



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 478691

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 16/01/2019 13:25

Paciente: 112885 MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 05/02/1999 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: SONIA MARIA DA SILVA Nome do Pai: JOSE MARCOLINO SILVA DOS SANTOS CRM: 14861
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO Bairro: CENTRO
Endereço: LOTEAMENTO COHAB 1 PE Usuário Atendimento: GISELEMSS
Cidade/UF: TAMANDARE PE Data de Emissão:
RG (Identidade): Fone: 987525200
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Data de Emissão CRN:
Cartão SUS: 163963294420001

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

① Qtd com dor em art. Acromioclavicular
do ombro/cara esquerda. Com
uma lesão D. ② Ponto D

Exame Físico

① ECG/RAA/aba. Perim
② Normais
③ 4.0g/15

Teste Diagnóstico

Realizar em Radiol. Distal
do antebraço

Conduta Terapêutica

Imobilizar OR

Prescrição Médica

A/Hc J. Carneiro / Imobilizar

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Dr. Bráulio
CRM: 16996
Rég. Prof. 16996

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial da Previdência Social, e do Poder Judiciário, que examinei o(a) paciente abaixo

Indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e constatarei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Mathues de Sales dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificação do CID 10

- 1) _____
2) T92 - M65 - S52.5
3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(X) Sim, Quais?

ao exame apertado pequeno
no punho superior do punho
e lateral do punho distal articular
e tendão lateral medial flexor

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Dor no punho
limitação dos movimentos
no punho
e limitação do punho

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(X) Sim, Porque?

Pela dor no punho
limitação dos movimentos
e dor no punho

A incapacidade é irreversível?

(X) Sim

() Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré 09 MAR 2019

Dr. Paulo Granja
Tratado - Ortopedista
CREMEPE 4277



SECRETARIA DE SAUDE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Unidade de Origem:

Paciente:

Registro:

Dados Clínicos:

Exames Complementares / Resultados

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhamento para:

16.01.19

Data

Nome

CRM

Unidade do Especialista:

Exame Clínico:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

LOCAL:

Na Unidade de Origem

Na Unidade de Referência

Outros Serviços

NOME

CRM

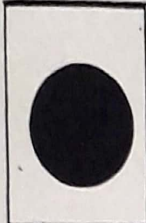
DATA

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/01/2019 13:04



Nome Paciente: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1999
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: 0035
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/01/2019 13:12 - 16/01/2019 13:19

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT PROVENIENTE DE TAMANDARE. SENHA: 5599906. COM RELATO DE DOR EM MSD E MID. APOS COLISAO COLISAO MOTO X CARRO. HA + OU - 4. (SIC).
NEGA VOMITO E DESMAIO.

Observação:

HAS (+)
NEGA DM
REFERE ALERGIA A DIPIRONA
98 BPM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- RÉGUA DE DOR: 4
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 100.00 MMHG
- PAS: 173.00-MMHG
- SAT02: 98.00 %

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/01/2019 13:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 08/01/2020 11:41:02

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010811410257900000055305468>

Número do documento: 20010811410257900000055305468

Num. 56216335 - Pág. 6

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor(a)

Mathous da Silva de Sá foi atendido (a) neste

serviço no dia: 16/01/19 CID: _____



Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.

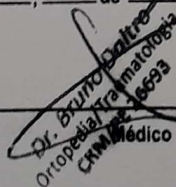


Como acompanhante.



Outros: _____

Cabo, 16 de Januari de 20 19


Dr. Bruno Dutra
Ortopedia Traumatologia
CRM 16593
Médico





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

MATHEUS S. S. L.

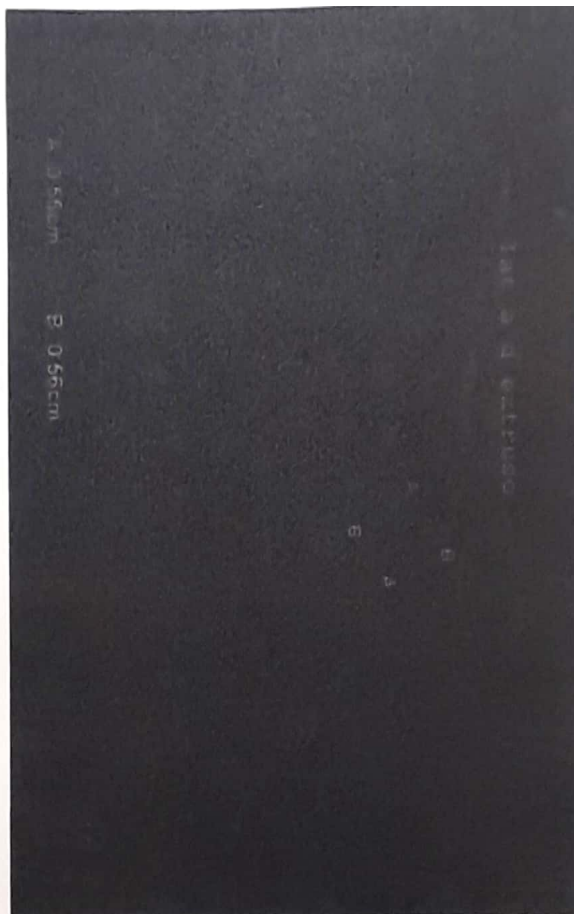
Mun. Canelas

Grupo de febre

do IMIP

Dr. Henrique Rodrigues
Ortopedia Traumatologia





Scanned by CamScanner



Nome: Matheus da Silva dos Santos

Idade: 20 anos

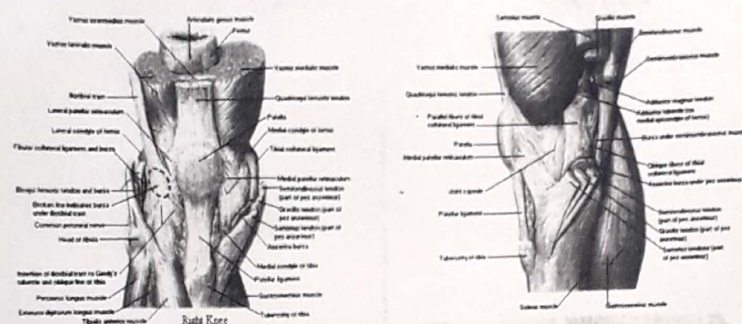
Data de nascimento: 05/02/99

Relatório de ultrassonografia de joelho

Data do exame: 09 de maio de 2019

Número de registro: 10678

Exame realizado de modo bidimensional, com aparelho dinâmico M-Turbo®, transdutor linear de 5 a 10 MHz. O estudo ecográfico revelou:



JOELHO DIREITO

Exame realizado de modo bidimensional, com aparelho dinâmico M-Turbo®, transdutor linear de 5 a 10 MHz. O estudo ecográfico revelou:

Pele com ecotextura hiperecogênica habitual, espessura normal.

Nas porções laterais do joelho se observa extrusão de material hiperecogênico, medindo 0,56 x 0,56 cm, compatível com diminuição do espaço inter-articular. As imagens sugerem extrusão de material meniscal.

Tendão do quadríceps femoral íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento patelar íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento colateral medial íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Trato iliotibial íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Ligamento colateral lateral íntegro, de forma e ecotextura conservados, com anisotropia habitual.

Tendão do bíceps femoral íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Bursas subtendíneas não visualizadas.

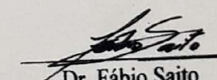
Não foram visualizadas imagens compatíveis com cistos poplíteos.

Foi visualizada moderada quantidade de líquido intra-articular na cápsula do joelho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: estudo ultrassonográfico das estruturas do joelho direito observando líquido intra-articular em moderada quantidade e extrusão do menisco lateral.

Tamandaré- PE, 09 de Maio de 2019.

Clinica Diamantina, Av. Dr. Leopoldo Lins 05- Centro Tamandaré-PE, Tel. 81 3678-1539


Dr. Fábio Saito
CRM-PE 14.517

SUS 163 9632 9.442 0001

Tamandaré SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ

Boletim de Atendimento Médico/Serviço de Emergência

Registro Nº

Data

Hora

273419

16/01/19

10:25 Min.

Unidade de Saúde: UNIDADE MISTA DRº JOSÉ F. C. L. M. R.

Nome do Paciente

Data de Nascimento

Profissão

Nome do Acompanhante

Endereço

Ocorrência

Tipo de Ocorrência

() Acidente de Trânsito () Agressão () Outros

() Acidente de Trânsito () Suicídio () Acidentes

Pressão arterial: Max. Min. Pulso

Queixa Principal - História da Doença Atual

Hipótese diagnóstica

Tratamento

Destino do Paciente

() Observação Clínica

() Liberado para Residência com Medicação Prescrita

() Liberado para Residência com Medicação Aplicada

CID Nº

() Transferido para outra Unidade

() Internado

() Outro

Assinatura do Médico/CRM/Carimbo

Dr. José Carlos dos Santos

CRM/PE 22731

16/01/19

44576

Polítomus

Polítomus

Polítomus

Polítomus

Polítomus

Polítomus

Polítomus

Polítomus

Polítomus

Polítomus

Polítomus

Polítomus

Mathheus Silva dos Santos

05/02/99

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

087 00 3480

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 133.657.214-01 Nome completo da vítima: Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo: Matheus da Silva dos Santos CPF: 133.657.214-01

Profissão: Garçom Endereço: Rua Cabral Número: 91-A Complemento: Casa

Bairro: Comandante Cidade: Comandante Estado: PE CEP: 55578-000

E-mail: adoni.mitchato@plypoador.com.br Tel.(DDD): 81 99751-5587

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 6043 7 CONTA: 0009593 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Barreiras, 27 de Novembro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus da Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SINISTRO 3190669663 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Florianopolis-SC

BENEFICIÁRIO MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 13365721401

Posição em 23-12-2019 12:08:24

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





(PROCURAÇÃO EXCLUSIVA PARA INTERPOSIÇÃO PLEITEANDO DIFERENÇA DO (OU)
O SEGURO DPVAT)

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

"AD JUDICIA"

Matheus da Silva dos Santos, Brasileiro,
Solteiro, Casado, portador da Cédula de Identidade RG nº
9106896, inscrito no CPF/MF sob o número 133.657.214-01, residente e
domiciliado(a) na Rua Celso,
nº 91-A, Barra da Pira - PE, Fones:

_____, pelo presente instrumento particular, nomeia e constitui seus bastantes
procuradores a Dra. **MARIA ANDREZA DE LIMA VASCONCELOS SILVA**, casada, advogada,
inscrito no CPF, sob o nº 060.885.094-22, e na OAB-PE sob o nº 30.619, e o Dr. **JEIMISON**
JOSÉ NERI DE LYRA, casado, advogado, inscrito no CPF, sob o nº 049.520.594-05, e na
OAB-PE sob o nº 27.340, ambos com escritório profissional à Rua João Batista de
Vasconcelos, nº 111, Centro, Barreiros, Estado de Pernambuco, CEP: 55560-000, a qual
outorga e confere os poderes da cláusula "ad judicium" para o foro em geral, bem como
acordar, assinar, discordar, desistir, transigir, renunciar, dar quitação e receber, podendo, dito
outorgado, para tanto, tudo requerer e assinar, enfim, praticar todos os demais atos
necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, inclusive, substabelecer os
poderes ora conferidos.

CONTRATOS DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

O(A) Outorgante de logo autoriza a M.M Juiz (a), a reter a titular de honorários
advocatícios em favor de seus patronos, o percentual de 30% sobre o valor bruto da
condenação ou conciliação que vier a ser realizada sem os descontos de Imposto de Renda e
INSS, uma vez que estes são devidos pelo outorgante e não pelos patronos na Ação onde os
Outorgados são seus advogados supra citados, conforme estabelece o artigo 22 da Lei 8.609-
94, c/c art. 133 da CF e ainda art. 20 do CPC.

Barreiros, 20, Dezembro de 20 19

Matheus da Silva dos Santos

(nome completo - assinatura)

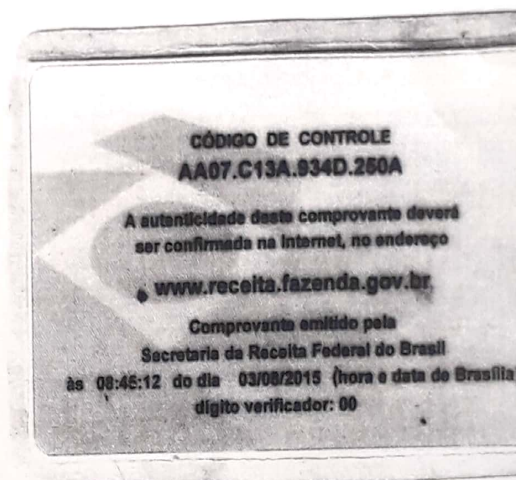
ESCRITÓRIO J A LYRA ADVOGADOS E CONSULTORES

Unidade Recife-PE: Av. Barão de Souza Leão, 425, 1710, Boa Viagem, Recife - PE Fone: 081-30977735

Unidade Barreiros-PE: Escritório à Rua João Batista de Vasconcelos, 111, Barreiros-PE, 081-36751858

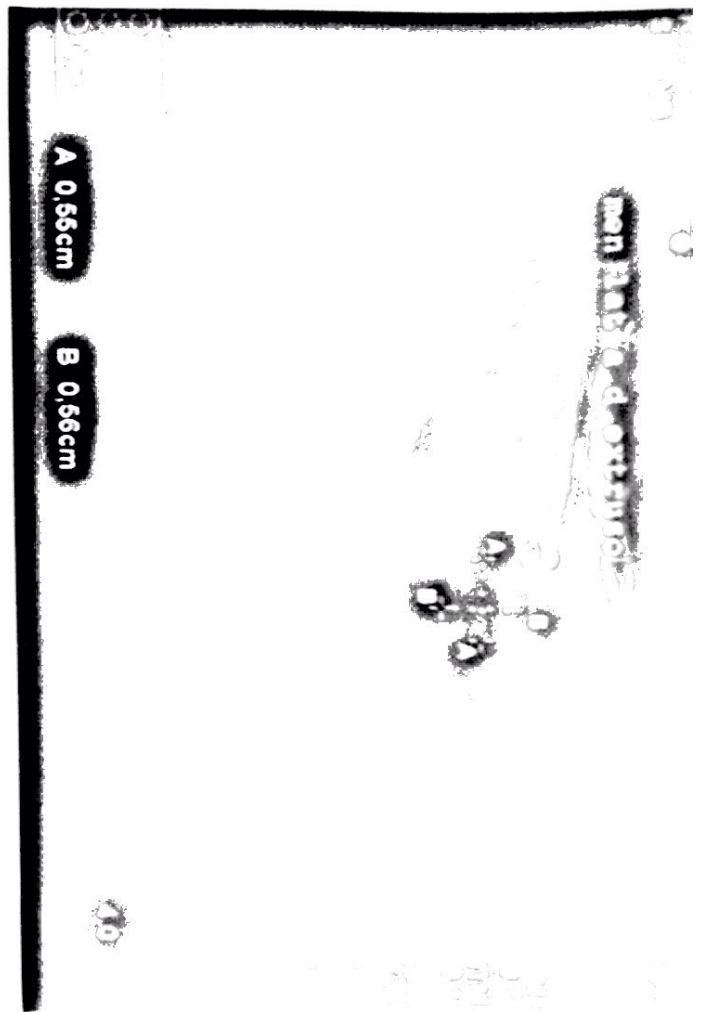
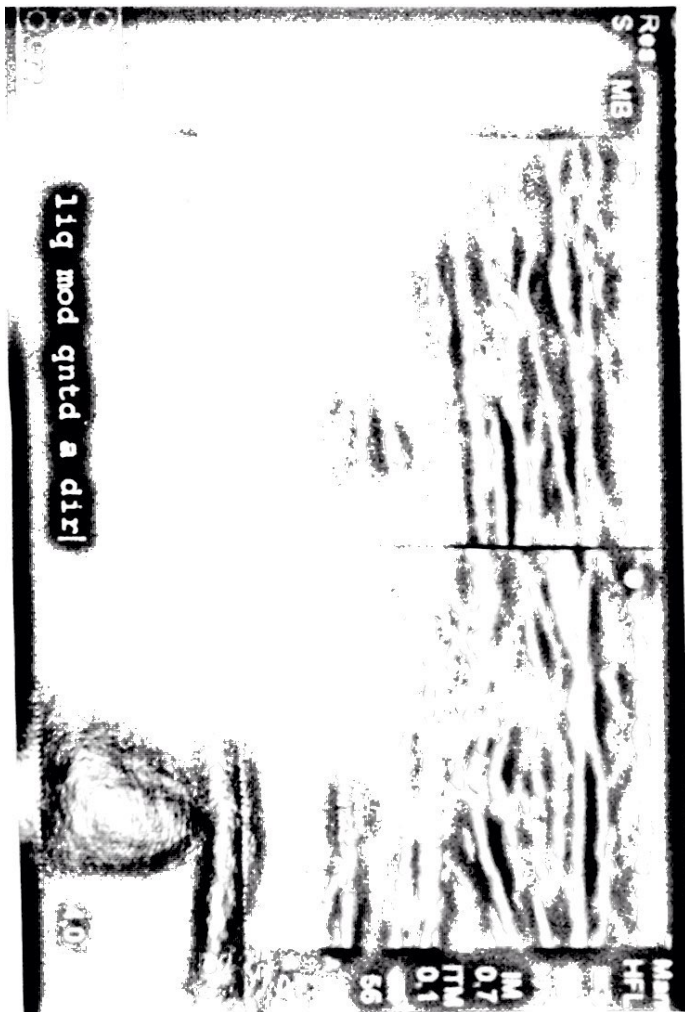
Unidade São Paulo - SP: Avenida Paulista, nº 726, 1 andar, Bela Vista, São Paulo - SP, 011-99873-6871

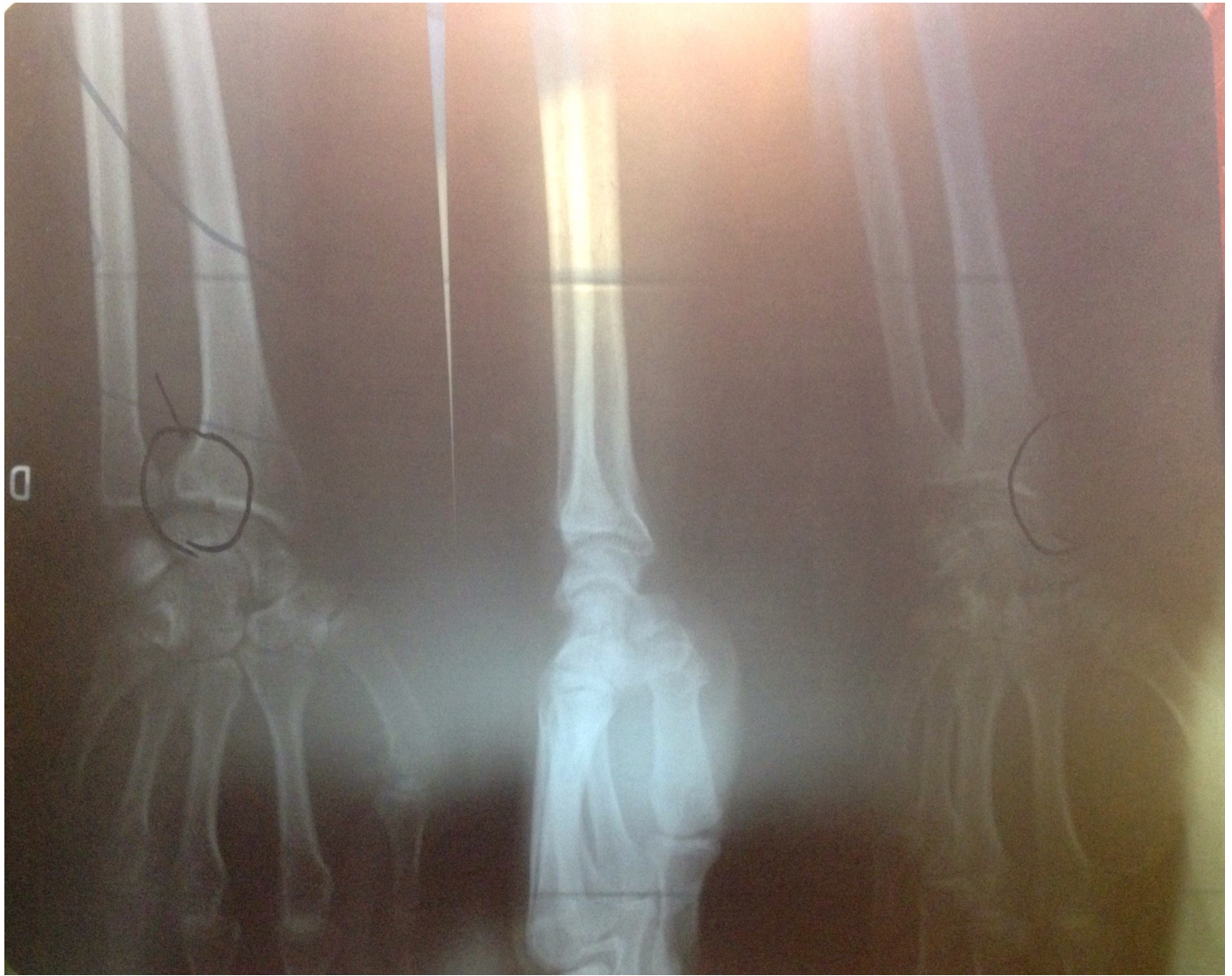




Scanned by CamScanner







Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 08/01/2020 11:41:03
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010811410342700000055305474>
Número do documento: 20010811410342700000055305474

Num. 56216341 - Pág. 2