



Número: **0019874-36.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TIAGO XAVIER TORRES (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanie Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65210523	24/07/2020 11:19	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200042681

Vítima: TIAGO XAVIER TORRES

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TIAGO XAVIER TORRES

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 15428614





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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200042681

Vítima: TIAGO XAVIER TORRES

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TIAGO XAVIER TORRES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **TIAGO XAVIER TORRES**

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

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000083509-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 089.357.254-29 4 - Nome completo da vítima: Tiago Xavier Torres

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

5 - Nome completo: Tiago Xavier Torres 6 - CPF: 089.357.254-29
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: TV São Felix 9 - Número: 45 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruzeiro 12 - Cidade: Carmelino de São Felix 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9 5668-4819

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 2492 CONTA: 835093

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não ratificação

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
27 JAN 2020
Assinatura da testemunha
PROTÓCOLO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Carmelino de São Felix 09/12/19

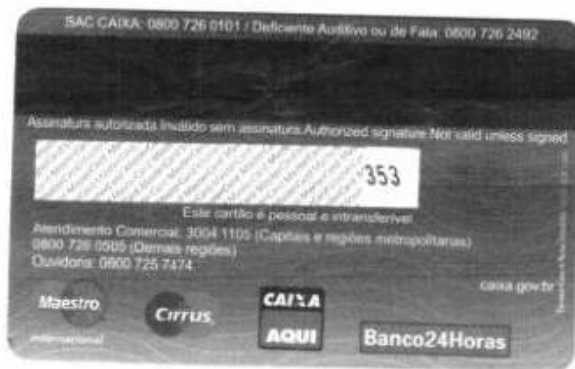
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -
DPP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E4143001221**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **16:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/1/2019** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, RODOVIA PE, BAIRRO DO MUTIRÃO - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// (AUTOR \ AGENTE)
ADEIJAR AGUSTINHO XAVIER TORRES (NOTICIANTE)
TIAGO XAVIER TORRES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ADEIJAR AGUSTINHO XAVIER TORRES

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

TIAGO XAVIER TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA Pai: LEONARDO XAVIER DE TORRES Data de Nascimento: 30/8/1986 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7711357/SDS/PE (RG) 08935725439 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, SITIO JUNCO / ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADEIJAR AGUSTINHO XAVIER TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA Pai: LEONARDO XAVIER DE TORRES Data de Nascimento: 28/4/1982 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6740735/SDS/PE (RG) 06197305445 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, SITIO JUNCO, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

//// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

08/11/2019 16:47



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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEIJAR AGUSTINHO XAVIER TORRES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGC8012** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Renavam: **504882392** Chassi: **9C2KC1670DR434217**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE MAURICIO DE SOUZA JUNIOR**

Complemento / Observação

DE ACRODO COM RELATOS DO SENHOR ADEIJAR AGUSTINHO O MESMO CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA TENDO COMO GARUPA A VITIMA TIAGO XAVIER TORRES, QUE AMBOS TRAFEGAVAM PELA RODOVIA PE 112, NO BAIRRO DO MUTIRÃO; QUANDO UM AUTOMOVEL COLIDIU COM A MOTOCICLETA EM QUESTÃO; O QUE FEZ O CONDUTOR DA MOTOCICLETA ADEIJAR PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIREM CONDUTOR E VITIMA AO CHÃO; EM SEGUIDA A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA NOSAS SENHORA DO BOM PARTO, CONFORME REGISTRO DE Nº 86.979, ALEGA O CONDUTOR ADEIJAR AGUSTINHO QUE NADA SOFREU, APENAS ACOMPANHOU A VITIMA TIAGO XAVIER, E QUE NÃO SABE IDENTIFICAR O CONDUTOR DO AUTOMOVEL, OU MESMO PLACA E MODELO DO VEICULO. DIANTE DOS FATOS FAZ CIENTE,

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

TIAGO XAVIER TORRES
x
TIAGO XAVIER TORRES
(VITIMA)

Adeijar Agustinho Xavier Torres
ADEIJAR AGUSTINHO XAVIER TORRES
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



08/11/2019 16:47





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 089.357.254-29 4 - Nome completo da vítima: Tiago Xavier Torres

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

5 - Nome completo: Tiago Xavier Torres 6 - CPF: 089.357.254-29
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: TV São Felix 9 - Número: 45 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruzeiro 12 - Cidade: Carmelino de São Felix 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9 5668-4819

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 2492 CONTA: 835093
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não ratificação

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
27 JAN 2020
Assinatura da testemunha
PROTOCOLO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Carmelino de São Felix 09/12/19

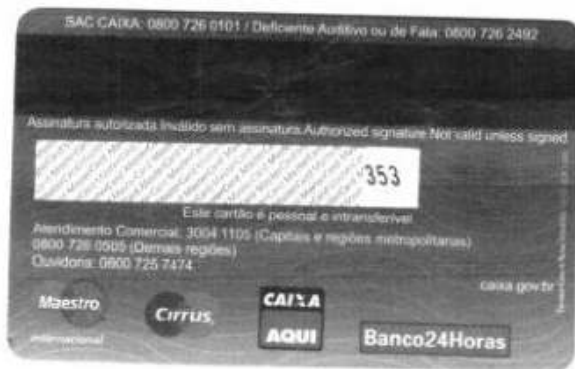
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO XAVIER TORRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000083509-1

Nr. da Autenticação AFA32EE7F49FB5DF





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 Sá, 111 - Boa Vista - Recife - PE CEP 50020-022
CNPJ 12.846.002/0001-58 (PSC Ext. 0023-43-83) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
TIAGO KAVIER TORRES

CPF 009 357 254-89 NIS 10567040505

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BARRAGEM CCM-5

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV SÃO FELIX 45

CRUZEMBUCA AMOLIM DE SÃO FELIX
CAMOCIM DE SÃO FELIX PE
55665-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
077122492	UNICA	12/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12090018	006185525	086365

CONTRATO	MÊS/ANO
4009782317	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
19/09/2019	15/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	7,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo de 30 kWh	30,00000000	0,19166666	5,75
Atividade de Energia Elétrica			0,43
PRODUTOS: 001 (081) 2410-0000 0800 011 0992			1,50
TOTAL DA FATURA			7,68

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
000128	CAI	14/08/2019	1144,00	12/09/2019	1164,00	29	20,00

DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			TAXAS APLICADAS
MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
SET 19	30	ICMS	5,18	0,81	0,19166666
AGO 19	30	PIS	5,18	0,72	
Jul 19	30	COPINS		0,23	
Jun 19	30				
Mai 19	30				
ABR 19	30				
MAR 19	30				
Fev 19	30				
JAN 19	30				
DEZ 18	30				
NOV 18	30				
OUT 18	30				
SET 18	30				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De acordo com o art. 1º da Lei nº 10.438/02, a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que não tenham acesso à rede de distribuição de energia elétrica e que não tenham condições de pagar a tarifa normal de energia elétrica.

Para obter a tarifa social, o consumidor deve apresentar ao órgão responsável a seguinte documentação:

- 1) Declaração de pobreza emitida pelo órgão municipal de assistência social;
- 2) Declaração de pobreza emitida pelo órgão estadual de assistência social;
- 3) Declaração de pobreza emitida pelo órgão federal de assistência social;
- 4) Declaração de pobreza emitida pelo órgão de assistência social do município de origem;
- 5) Declaração de pobreza emitida pelo órgão de assistência social do Estado de origem;
- 6) Declaração de pobreza emitida pelo órgão de assistência social do Brasil.

Para obter a tarifa social, o consumidor deve apresentar ao órgão responsável a seguinte documentação:

- 1) Declaração de pobreza emitida pelo órgão municipal de assistência social;
- 2) Declaração de pobreza emitida pelo órgão estadual de assistência social;
- 3) Declaração de pobreza emitida pelo órgão federal de assistência social;
- 4) Declaração de pobreza emitida pelo órgão de assistência social do município de origem;
- 5) Declaração de pobreza emitida pelo órgão de assistência social do Estado de origem;
- 6) Declaração de pobreza emitida pelo órgão de assistência social do Brasil.

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE SÁ, 111 - BOA VISTA - RECIFE - PE
CEP 50020-022
CNPJ 12.846.002/0001-58
www.celpe.com.br

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
27 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES:

Acromioclavicular p/ ate de 40
CC, com a queixa de uma
dor no ombro, no P.E. 3
sentido de dor, face anti-
Thiago Xavier Torres 32 A
sem trauma na região um
dia antes de vir a UPA 300 x 40
HGT 145, S 500, P 38, FR 20, com
Paciente orientado, responde P.R. e
tem dor de 0 a 10, no ombro a 10 no
Uterus hospital 3000

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Confusão
☐ Convulsão
☐ Otorragia Direita

- ☐ Otorragia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guaxinim Direito
☐ Sinal de Guaxinim Esquerdo
☐ Rigidez de Nuca
☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
☐ Miose Esquerda
☐ Midriase Direita
☐ Midriase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reagente
☐ Pupila não reagente
☐ Outros:

SEGMENTO:

- Pescoço:**
☐ Desvio Traquéia
☐ Normal
☐ Turgência Jugular
☐ Edema Subcutâneo
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Doloroso / Defesa
☐ Espigomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritoneal
☐ Normal
☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Glândula Direita
☐ Glândula Esquerda
☐ Hematúria
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ semanas ☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR: _____

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasotraqueal
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu.
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Vesical
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☐ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Traqueostomia
☐ Monitoração Cardíaca / Oximetria
☐ Outros

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

Reposição volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado					
Sol. fisiológico 0.9%					
Sol. Glicosado 0.5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: _____

MUNICÍPIO: _____

INTERCORRÊNCIA: _____

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

COD.: 148 - Gráfica Lima: (81) 3728-0305



UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 86.918
DATA 20/01/2019
HORÁRIO: 22 H 48 MIN

BOLÉTIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: TIAGO XAVIER TORRES, 3^o A
Genitora: SEVERINA MARIA DA SILVA
Data nasc. 30/05/1986 Idade: 32 Sexo: (☒) MASC. (☐) FEM. Cor: _____
Endereço: RUA LEONARDO BATO nº: 42
Bairro: _____ Ponto de referência: _____
Profissão: _____
Nome do acompanhante: _____ (☐) Filho (☐) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____
TIPO DE OCORRÊNCIA: (☐) ACIDENTE DE TRÂNSITO (☐) AGRESSÃO (☐) OUTROS
(☐) ACIDENTE DE TRABALHO (☐) SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: (☐) ANDANDO (☐) AMBULÂNCIA (☐) AUTOMÓVEL (☐) OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. _____ MIN. _____ PESO: _____ TEMP.: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Pet vítima de caixão cauc. moto, alcoolizado, em uso de capote & intoxicação de vomito/púra da corrente

EXAME FÍSICO: Consciente, algo desidratado, equinor abso E. pupilas mid- ticas, fto magenta, equinor HTE, lauração com cabellado
PA 100/70 FC 103 SpO2 96% MW 50% Glasgow 13

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____ CID: _____

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO:
1. SRL
2. Tranquil
3. O2
Ao NR

DESTINO DO PACIENTE: (☐) OBSERVAÇÃO CLÍNICA
(☐) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
(☐) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

ALTA HOSPITALAR
DATA _____ / _____ / _____ HORA: _____
ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARMG



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:	GESTÃO DE PESSOAS	CÓDIGO	REVISÃO
		F.AT.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Tiago Xavier Torres

REGISTRO: 763252 DATA DE NASCIMENTO: 30/09/1986

RG: 7.711.357 ÓRGÃO EMISSOR: SDS/PE

ENDEREÇO: Travessa Leonardo Porto nº45
Cruzeiro Camucim São Felix

NOME DA MÃE: Severina Maria de Silva

DATA ADMISSÃO: 01/02/2019 DATA ALTA: 05/02/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 04/02/2019 CID: S42.0

DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavicula Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Clavicula Direita + Tratamento
de Retração muscular + artroscopia +
Neurólise

MÉDICO: Arnaldo Coimbra

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GURARAPES, 18 DE março DE 2019.

Dr. Elzer Carvalho
Ortopedia
CRM/PE 22073

MÉDICO



NR 5607130



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO
LAUDO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Nome do Paciente: <u>Tiago Xavier Tones, 32a</u>	
Quadro Clínico: <u>EGC, aspmico, consciente, algo desorientado</u>	
Diagnóstico: <u>Em MT VITE S102 96% W50% equimose MT e 102 PA 100x7</u>	
Auxiliar Responsável: <u>TCE</u>	COREN:

REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:
		Hora de chegada:
Motivo (Registro detalhado): <u>At. vítima de colisão moto-carro, alcoolizado, em uso</u>		
<u>de veículo e informações de pda de condução / 10 minuto</u>		
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM:	Data:
Local: <u>Colida Guimaraes</u>	<u>26773</u>	Data:
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:

REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:
		Hora de chegada:
Motivo (Registro detalhado):		
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM:	Data:
Local:		Data:
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:
Unidade Prestadora do Atendimento:	Município:	
Especificação do atendimento prestado:		
Assinatura do Responsável:	Nº do CRM:	Data:

COD.: 93 - Gráfica Lima: (81) 3738-0205



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: TIAGO XAVIER TORRES

Prontuário: 763252

Atendimento: 197515

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 32 Anos, 4 Meses e 4 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + OSTEOTOMIA CLAVÍCULA (040806019-0) + TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA CLAVÍCULA DIREITA (040801015-0) + TRATAMENTO RETRAÇÃO MUSCULAR (040806067-0)

Data: 04/02/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

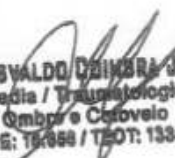
Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA
DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR
OSTEOTOMIA DE BORDAS DA CLAVÍCULA PARA REDUÇÃO
LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS


DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16658 / TEOT: 13361

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658



Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Atendimento: 197515

Nascimento: 30/09/1986

Responsável:

Prontuário: 763252

Sexo: Masculino

Nome: TIAGO XAVIER TORRES

Data e Hora do Atendimento: 01/02/19 11:30:24

Idade: 32 Anos, 4 Meses e 1 Dia

Profissão: OUTROS

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 7711357

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 702303105335615

Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: LEONARDO XAVIER DE TORRES

Endereço: TRAVESSA LEONARDO PORTO, CENTRO, CEP: 62400000, Nº 45, CAMOCIM - CE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Médico: FABIO ANDRE FERREIRA DA SILVA - CRM: 16667

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

Pct vítima de atropelamento, procedente do HR, admitido neste serviço para tratamento cirúrgico de fratura bilateral de clavículas (diagnóstico em 20/01). Passado de drenagem de pneumotorax à direita (retirada de dreno na última quarta 30/01/19)

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

agr eupneico hidratado afébril consciente e orientado

AP - CARDIO - VASCULAR:

incor em 2s brn es

AP - RESPIRATORIO:

mv (+) em ah sra

ABDOMEN:

abd depressivel indolor

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

- 1- POLITRAUMATISMO
- 2- FRATURA BILATERAL DE CLAVICULAS
- 3- PNEUMOTORAX SUPERADO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

01/02/20 05:102

HORA DE SAÍDA:

FABIO ANDRE FERREIRA DA SILVA - CRM: 16667

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

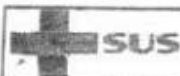
TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjp.org



ANEXO I

CNF-16-3

05 Jul

Ministério
da
SaúdeSecretaria
de Saúde
PernambucoLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

TIAGO XAVIER TORRES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1654196

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

08 - DATA DO NASCIMENTO

30/10/86

09 - SEXO

Masc. 87

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

IGORASSO - JULIANA MZ SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

RUA SOUZA LIMA, 514

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAMOUXINHA DO FORT - PE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE MOTORVEICULO. APRESENTA RX COM
SINAIS DE FX BIVERTICE DE CERVICAL

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

SEM LESÕES

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RAIO X + EXAME FÍSICO + IMAGEM

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FX BIVERTICE DE CERVICAL

21 - CID: 10 PRINCIPAL

22 - CID: 10 SECUNDÁRIO

23 - CID: 10 OUTRA ADOÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - Cód. DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

TRAUMATO

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Sandro A. P. Aguiar de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.824

29/10/19

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Sandro A. P. Aguiar de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.824

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO FÍSICO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CHAVE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Secretaria de Saúde - PE
Departamento de Controle e Avaliação
Maria Cecília M. Dourado
Médica Auditora/SUS - CRM-PE 8922
CPF: 288.725.884-49

Cod. 0047



Identificação	Médico Regulador Dr. Sérgio			TARM		Operador de frota Riom	
	Data 20.01.2019	Hora 22:30	ID 0600	Nº ocorrência 02	Unidade Móvel	Base da unidade USB	
	Endereço da ocorrência PE-103						Nº
	Bairro	Município Comarca de S. Felix					
	Ponto de referência Maxima do Murtinho						
	Nome da vítima Thiago Xavier Torres						Idade 32
	Sexo M						
Solicitante / Pone Ker Terceiros			Cartão de saúde - SUS				
Queixa Solicitação por vacinas / Pedidos de leite							
Comunicação	Saída da base 22:30	Chegada no local 22:33	Saída do local 22:15	Chegada no destino 22:30	Saída do destino	Chegada na base	

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Transfêrencia (senha): | | |
| Tipo de Agravio: | | |
| ☐ Acidente Trânsito | ☐ Eletrocussão | ☐ Queda _____ Metro |
| ☐ Pedestre | ☐ FAB | ☐ Queimadura |
| ☐ Condutor do veículo | ☐ FAF | ☐ Térmica |
| ☐ Passageiro do veículo | ☐ Gineco-obstétrico | ☐ Química |
| ☐ Agressão | ☐ Lesões térmicas | ☐ Elétrica |
| ☐ Clínico | ☐ Pedilátrico | ☐ Outros _____ |
| ☐ Desabamento / Soterramento | ☐ Psiquiátrico | |
| | ☐ Quase Afogamento | |
| Antecedente: | | |
| ☐ AIDS | ☐ Convulsões | ☐ Drogadição |
| ☐ Alcoolismo | ☐ Diabetes | ☐ Hipertensão Arterial |
| ☐ Alergia | ☐ Doença Cardíaca | ☐ Internamentos anteriores |
| ☐ AVC | ☐ Doença Infecto contagiosa | ☐ Medicamento _____ |
| ☐ Cirurgias Realizadas | ☐ Doença Mental | ☐ Problemas Respiratórios |
| | ☐ Doença Renal | ☐ Outros _____ |
| Exame Clínico: | | |
| Principais sintomas / Queixas | | |
| ☐ Agitação/agressividade | ☐ Convulsão | ☐ Palidez |
| ☐ Alergia | ☐ Diarréia | ☐ Sangramento |
| ☐ Ausência de pulso | ☐ Dificuldade Respiratória | ☐ Vômito |
| ☐ Cianose | ☐ Dor Local | ☐ Outros: _____ |
| | ☐ Febre | |
| | ☐ Inconsciente / Desmaio | |

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Dados Vitais:							
hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:	100x70	20	88		145	100	15
Fim:							

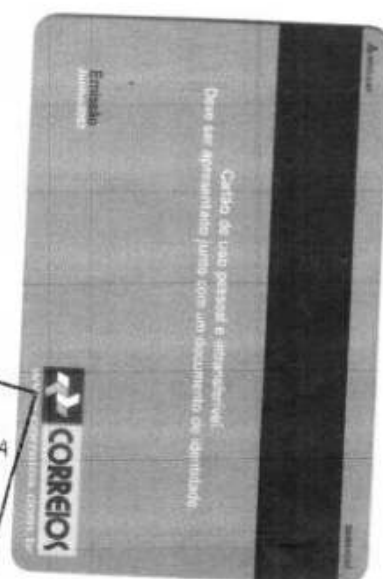
RESPIRAÇÃO:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| Respiração:
☐ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Branco Aspiração
☐ Edema de Glote
☐ OBS: | Respiração/Ventilação:
☐ Espontânea
☐ Parada Respiratória
☐ Assistida
☐ Ritmo irregular | Ausculta:
☐ Normal
☐ Rencos/sibilos
☐ Estertores
☐ Diminuição MV
☐ Ausência MV | Expansibilidade:
☐ Normal
☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular |
| ☐ Cerebração
☐ Edema Subcutâneo
☐ Expectoração mucosa/purulenta
☐ Hemoptise
☐ Hálito Fétido
☐ Outros | | | |

CIRCULAÇÃO:

- ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seco ☐ Outro
☐ Cianose ☐ Palpebral ☐ M Inferiores ☐ Anasarca
☐ Assente ☐ Retardada ☐ Ausente
☐ Normal ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Atrito Pericardio ☐ Arritmia ☐ Sopro
☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Não realizado
☐ Normal ☐ Alterado
- COMPREV
 27 JAN 2005
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADADES	
DETRAN - PE	Nº 011582546635		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	ENTRADA	CLASSIFICAÇÃO
1	504582382	*****	2018
JOSE MARIANO DE SOUZA JUNIOR			
CANOCIM DE SAO FELIX-PE			
127.312.614-13	CPF/CNPJ	PUNTA	EPC8012
***** / SE	PLACANTE / UF	CHASSI	9C2KCL676TR204217
PAS / MOTOCICLETA		CONSERVATIVO	
MARCA / MODELO		ALCO/GAFO	
CATEGORIA		VERMELHA	
IPVA 2018 QUITADO		VALOR TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
SEM RESERVA		SEM RESERVA	
NAO NUNDO PARA TRANSFERENCIA		NAO NUNDO PARA TRANSFERENCIA	
CANOCIM DE SAO FELIX		DATA	
Charles Andrews Sousa Ribeiro		10/05/18	
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE			

Autentico a presente fotocópia por conferir com original
que é apresentado. Dou fé. Emolumentos: R\$ 3,41 TSNR:
R\$0,68 PERC: 0,34, total: 4,09. Elizabeth Maria Almeida
de Oliveira - Escrevente autorizada.

Selo: 0075028.CEN12201801.01418 26/02/2019 08:58:33
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Daniel Benedito de
Tabellão/regist



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200042681 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO XAVIER TORRES **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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: 3200042681 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO XAVIER TORRES **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035907/20

Vítima: TIAGO XAVIER TORRES

CPF: 089.357.254-39

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO XAVIER TORRES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

TIAGO XAVIER TORRES : 089.357.254-39

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: 27/01/2020
Nome: TIAGO XAVIER TORRES
CPF: 089.357.254-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

TIAGO XAVIER TORRES

JONATAN BARBOSA DE BARROS

