



Número: **0040771-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68382483	22/09/2020 17:10	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, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262034

Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

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, contados 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 15969855

Pag. 0001/00010 - carta_01 - INVALIDEZ

00030409





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, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262034

Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Recebedor: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 000000049472-0

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 Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-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 ASI: 048.968.424-64 3 - CPF de vítima: 048.968.424-64 4 - Nome completo da vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 005/2012

5 - Nome completo: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA 6 - CPF: 048.968.424-64

7 - Profissão: HISTORIADOR 8 - Endereço: RUA 2A UNIAO 9 - Número: 72 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.210-120

15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Telefone (DDD): (81) 3538-0069

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\$1.001,00 A 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: 0678 CONTA: 000494720 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 de 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: 30 - Vítima deixou irmãos? ☐ 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 atestada

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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
M-195/20



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



MINISTRO DE ALCANTARA
DO PM - PLATE 10184-9
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	PAULISTA	Rodovia	PE-01	Km	
Ponto de Referência	EM FRENTE AO N 3850				Data 29/03/20
Dia da Semana	DOMINGO	HORA/OCORRÊNCIA	20:45	Hora/Cheg./Pr	20:50

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	COLISÃO	CHOQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre	Longitudinal	Frontal	Poste, Árvore	Tombamento
Animal	Transversal	Lateral	Muro, Casa	Saída da Pista
			Veículo Parado	Outros

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	IDENT.	02	NÃO IDENT	00	TOTAL 02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO	CONDIÇÕES/VIA	CONDIÇÕES/TEMPO	PERÍODO/DIA	SEMAFORO
Longo da Via	X	Bom	Manhã	S/Defeito
Cruzamento	Molhada	X	Tarde	C/Defeito
Outros	Enlameada	Nebulosa	Noite	X
	Olcada	Garoa	Madrugada	N/Existe

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Parv"	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
F. Pedestre	Placa "De a Prof."	Única	Faixa Contínua
F. Retenção	Não há Placas	X	Dupla
			Centro Central
			Blocos
			Outros

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2	COMPORTAMENTO - VI/V2
Realizado no Local	X
Enc. Para Exame	Permaneceu no local
Não foi Realizado	X
	Socorrido
	Evadiu-se

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias	



VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - V1/V2		ESPÉCIE - V1/V2		CATEGORIA - V1/V2	
Automotor	V1 V2	Passageiro	V1	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	V1 V2
De tração animal		Tração	V2	Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	HONDA	Modelo	CG 150 FAN	Ano	2014	Renovar	1002614459	Placa	OYL-8824
Município	CABO	Nº do Chassis		Veículo de Carga nº de Eixo					02
Carregado		Aprendido		Liberado	X	Evadido - se			
Proprietário	ALEX SANDRO LIMA DE SANTANA								
Residência				Bairro					
Município		Rg		Org. Exp.		CPF			
Condutor	LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA								
Residência		RUA DA UNIÃO, 72		Bairro		CAIXA D'ÁGUA			
Município	OLINDA	Rg	6130217	Org. Exp.	SSP PE	CPF	048568424-64		
CNH/Pront / Nº	02214917657	Categoria	AD	Validade	02/01/22	Hora/Dia			

VEÍCULO - 02

Marca	HYUNDAI	Modelo	TUCSON	Ano	09/10	Renovar	172051606	Placa	KGR-2800
Município	JABOATÃO	Nº do Chassis		Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Aprendido		Liberado	X	Evadido - se			
Proprietário	FABIO ALVES DE BARROS								
Residência				Bairro					
Município		Rg		Org. Exp.		CPF			
Condutor	JENNER FERREIRA DE AZEVEDO								
Residência		R ANTONIO LUMACK DU MONTE, 203		Bairro		BOA VIAGEM			
Município	RECIFE	Rg	4275905	Org. Exp.	SSP PE	CPF	847694594-91		
CNH/Pront / Nº	00576277730	Categoria	B	Validade	10/04/24	Hora/Dia			

TESTEMUNHA - 01

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.	Rg	Org. Exp.		CPF	

TESTEMUNHA - 02

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.	Rg	Org. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 01

Natureza dos Ferimentos		Leve	X	Graves		Mortais	
Nome	LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA	Motorista	X	Passageiro		Pedestre	
Estado Civil	X	Idade	36	Sexo	M	Nacionalidade	BR
Profissão		Residência	RUA DA UNIÃO, 72	Bairro		Naturalidade	PE
Município	OLINDA	U.F.	PE	Rg	6130217	Org. Exp.	SSP PE
Socorrido	CBM PE SUB JURANDIR, MAT 938137-2			Município		CPF	048568424-64
Dados Fornecidos Por							
Residência				Bairro			
Município		U.F.	Rg	Org. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 02

Natureza dos Ferimentos		Leve		Graves		Mortais	
Nome		Motorista		Passageiro		Pedestre	
Estado Civil		Idade		Sexo		Nacionalidade	
Profissão		Residência		Bairro		Naturalidade	
Município		U.F.	Rg	Org. Exp.		CPF	
Socorrido				Município			
Dados Fornecidos Por							
Residência				Bairro			
Município		U.F.	Rg	Org. Exp.		CPF	



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162.I CTB)		Deixar de Prestar Informaç. acid. (Art. 176.V CTB)	
Conduzir Veic. A Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens. do Agente tráf. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influên. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa Ilég. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P. Evitar Perig. Tráf. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Carac. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserv. Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Detem. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Policia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência			Matricula	
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	CB	Matricula	110974-0
XVIII - Dirigente da SSTA	NO PM RENATA CARDOSO	OF Chefe da SSTA	NOME	EZEQUIEL
				MAJ PM SWELLINGTON

CONFERE COM O ORIGINAL, QUE ME
FOI APRESENTADO

DATA: 17.07.20
ASS: *Edson Carlos*
mt 115219



IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO



BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 14.951/2020).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

Fui ENTRAR A ESQUERDA, vindo pela Av. Claudio Góes Leite com frente ao N° 3850, me distanciei por estar tendo uma ocorrência policial, pensei que poderia ser um assalto, me arreutei, mas era um outro acidente, ao entrar não percebi a moto e colidimos.

Veículo: HILDA TRESOR
Nome do Condutor: JENNER FERREIRA DE AVEIRO
RG: 4275905 Órgão Expedidor: SDS PE CPF: 847.674.594-91
Placa do Veículo: KGR 2800 Data: 29/03/2020

Assinatura: _____



Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Preenchimento legível será de responsabilidade do signatário.





POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
BOAT Nº 495/2016



ANEXO IV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo-vos que durante o serviço na
PR-19160 foram acionados pelo CBPM para
uma NOZ na PR-001 JARDIM PRAIEIRA EM FRENTE
AO Nº 3573. CHEGAMOS NO LOCAL 1301 horas e
LOCAL DO ACIDENTE E ACIONAMOS OS AGENTES DE
PILGATO, A VÍTIMA DO VI FOI SOCORRIDA
PELO VI CBMP 324 CMT. SUBTEN. GUARDIN
MAT. 930137-2, FEITO O SOCORRO E ACIONADO
JC-PE QUE FOI PRESERVANDO O LOCAL DO
ACIDENTE. QUE FOI INFORMADO PELO
SERVIDO JC-PE ANDRÉ AMARAL MAT.
212335-5 QUE DEVIDO O SUCUMENTO DA
GRUPIDADE LEVE O JC-PE NÃO SEGUIRIA
NO LOCAL DEVIDO A PANDEMIA COVID-19
PORQUE DO FATO OS VEICULOS FOMOS REMOVIDOS
DO LOCAL. ENTREVUEI OS RESPONSÁVEIS:

V1 LIBERADO PARA O SR. EDNILSON
MARQUES DE SANTANA RG. 119153355PI/PE
SR. DE PEREUVESCO: SR. DE PEREUVESCO
V2 ENTREVUEI O PRÓPRIO CONDUTOR
E LIBERADO.

Informo-vos também que o condutor
do V2 submeteu-se ao teste com ETILOMETRO
ALCOEST 7410 PLUS RS. NO teste 9387
TENDO COMO RESULTADO 0,00 mg/L.

V1 NÃO submeteu-se ao teste POR NÃO
SIDO SOCORRIDO PELO CBMP.

Procedimento apontado pelo
PR-1880 DRECADES:

CB 110974-0 RENEQUIEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO
GRU/MAT/NOME

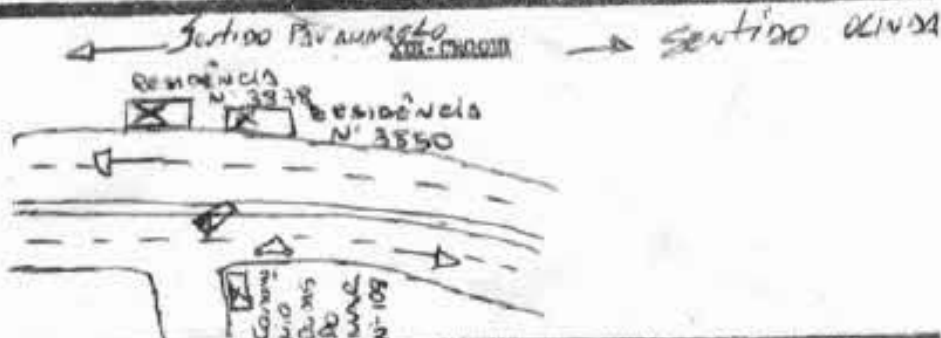


XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir sem CNH (Art. 171, I, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 232, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 231, CTB)
Dirigir sob influência de álcool (Art. 165, CTB)
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)
Deixar de adotar provid. de segurança (Art. 176, CTB)
Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176, CTB)
Deixar de remover veíc. Qdo Deixar (Art. 176, IV, CTB)

vi	v2

Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, v. CTB)
Deixar de adotar provid. de segurança (Art. 176, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 232, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 231, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 231, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 231, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 231, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 231, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 231, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 231, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 231, CTB)
Conduzir veíc. d' doc. Post. obrig. (Art. 231, CTB)



XIV - SIMBOLOGIA



Automóvel e outros veículos de 4 rodas
Ônibus, Caminhão e Trator
Trem
Veículo de 2 e 3 rodas
Pedestre
Animal
Objeto Fixo



Acidente
Marcha à Frente
Marcha à Ré
Desvio
Capotamento ou Tombamento
Local de Colisão
Depósito de colisão

XV - AVARIAS APARENTES KGR 2800

VEÍCULO - 1

QUEBRAMENTO; RETROVISOR ESQ.
CAPA DO FREIO
PEDAL TRASEIRO ESQ.
CHAVINAGEM ESQUERDA
ARRANQUE; PNEU ESQ. E DIR.

VEÍCULO - 02 HYUNDAI - TUCSON

QUEBRAMENTO; PARACHEQUE DIANTEIRO; FAROL
DIANTEIRO ESQUERDO; FAROL DE NEBLINA ESQUERDO
ARRANQUE; CAPA; PARACHEQUE DIANTEIRO
ESQUERDO; CAPA DO PARACHEQUE DIANTEIRO
ESQUERDO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Hora:

Nome do receptor da ocorrência:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA.

NOME: FREDRICK

CB.

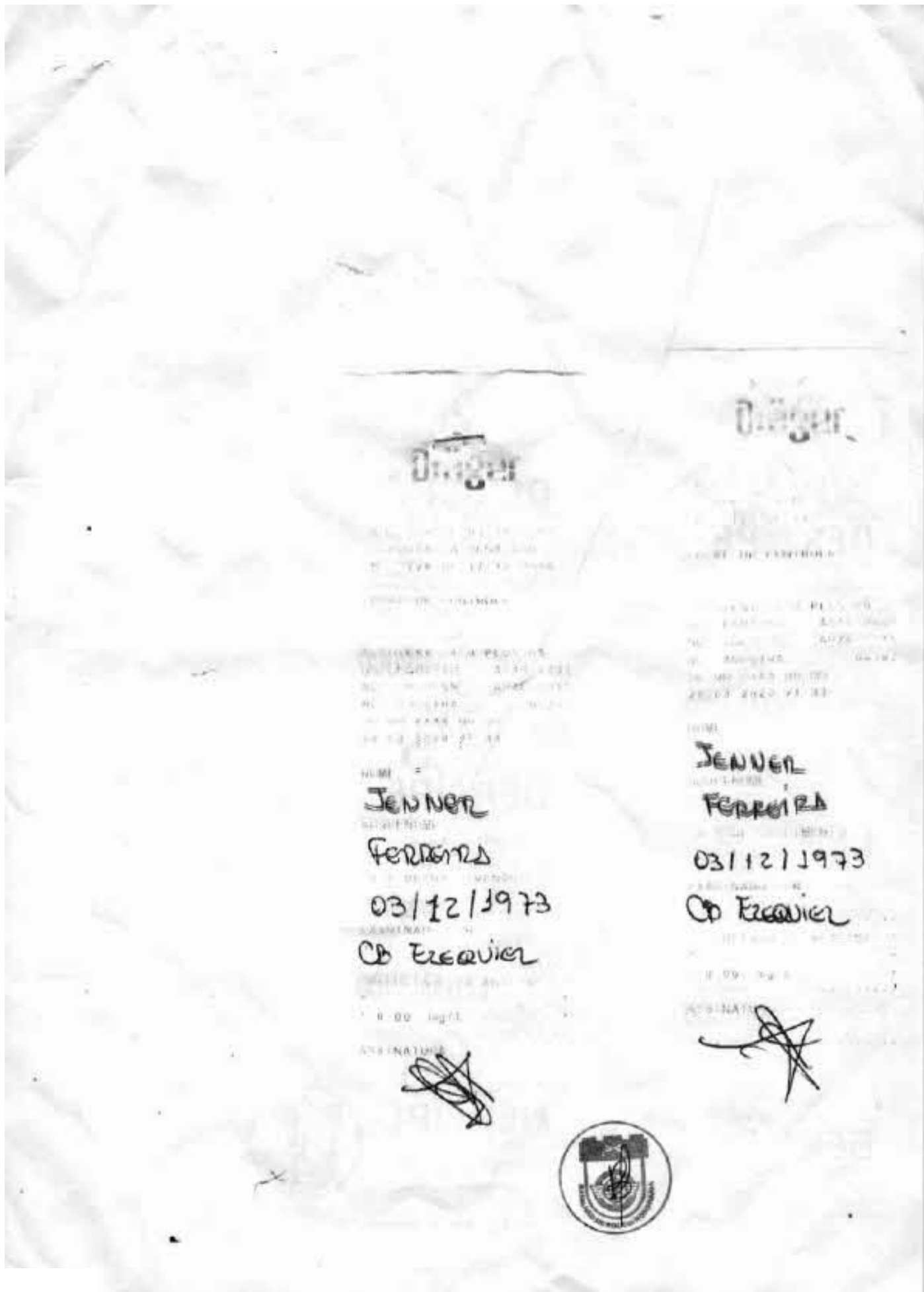
110974-0

ASS:

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:





Duäger

Duäger

NUM. 03/12/1973
DATA 03/12/1973
HORARIO 17:10:04

NUM. 03/12/1973

ASSINADO ELETRONICAMENTE

ASSINADO ELETRONICAMENTE
NUM. 03/12/1973
DATA 03/12/1973
HORARIO 17:10:04

ASSINADO ELETRONICAMENTE
NUM. 03/12/1973
DATA 03/12/1973
HORARIO 17:10:04

ASSINADO ELETRONICAMENTE
NUM. 03/12/1973
DATA 03/12/1973
HORARIO 17:10:04

NUM. 03/12/1973
DATA 03/12/1973
HORARIO 17:10:04
ASSINADO ELETRONICAMENTE
NUM. 03/12/1973
DATA 03/12/1973
HORARIO 17:10:04

ASSINADO ELETRONICAMENTE
NUM. 03/12/1973
DATA 03/12/1973
HORARIO 17:10:04

ASSINADO ELETRONICAMENTE

ASSINADO ELETRONICAMENTE

ASSINADO ELETRONICAMENTE

ASSINADO ELETRONICAMENTE

ASSINADO ELETRONICAMENTE





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 ASI: 048.968.424-64 3 - CPF de vítima: 048.968.424-64 4 - Nome completo da vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 005/2012

5 - Nome completo: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA 6 - CPF: 048.968.424-64

7 - Profissão: HISTORIADOR 8 - Endereço: RUA 2A UNIAO 9 - Número: 72 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.210-120

15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Telefone (DDD): (81) 3538-0069

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\$1.001,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 000494720 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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 (assinale 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 assinado, solicito o prosseguimento de 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. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévio 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: 30 - Vítima deixou irmãos? ☐ 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 atestada

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

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:

03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000049472-0

Nr. da Autenticação 139449DBE3F93800



amil
dental



LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
R DA UNIAO 72
CAIXA D AGUA
53210-120 OLINDA PE



PRZ21823
140206



Correios

R\$ 02,05

24.03.20 - 17:08

GRT3

ADF ENCAENAR / 018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para 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 COAF².

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 **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUENINO DOS SANTOS BARBOSA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.968.424-64, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

LUENINO DOS SANTOS BARBOSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.968.424-64

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: AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número: 200	Complemento: CASA
Bairro: TIMBÓ	Cidade: ABREU E LIMA	Estado: PE	CEP: 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD): (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD): (81) 98721.5834

Abreu e Lima, 23 de Julho de 2020.

Rossana Lígia Fernandes Dantas

Assinatura do Declarante



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 29/03/2020 21:37

Nome Paciente:	LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	10/10/1983
Sexo:	Masculino
Idade:	36 anos
Senha:	0147
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 29/03/2020 21:38 - 29/03/2020 21:40

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO C.B RELATO COLISAO DOR EM MSD E CORTE EM LABIOS NEGA VOMITOS E TONTURA

Observação: ALERGIA-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULANCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/03/2020 21:40

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

GESTÃO
EMR
HOSPITALAR

Senha da Classificação:

0147

Endimento: 1610438

Data e Hora: 29/03/2020 21:49

Paciente: 539733 LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/10/1983 Idade: 36 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EDILZA DOS SANTOS BARBOSA

Nome do Pai: LUCIO BARBOSA

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Bairro: PASSARINHO

Endereço: RUA JOSE FERREIRA DA SILVA 72

PE

Cep: 53170035

Usuário Atendimento: MARINEIDSM

Cidade/UF: OLINDA

Data de Emissão:

RG (Identidade):

Fone: 87915797

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dor no crânio @ 1h - 2h
na região do nariz
na região

Exame Físico

na região do crânio

Hipótese Diagnóstica

LC II

Conduta Terapêutica

Líquidos + transfusão
de plasma + D

Prescrição Médica

Diplovia 20+ 19, 20, 16h
Acetaminofen 100mg + 100mg 8h, 19h, 12h

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Senha:

Para:

Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.081

Carimbo/Médico



1610438

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 29/03/2020 21:41

Nome Paciente: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0148
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 29/03/2020 21:41 - 29/03/2020 21:41

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**
Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO C.B RELATO COLISAO DOR EM MSD E CORTE EM LABIOS NEGA
VOMITOS E TONTURA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS
Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - P.A. DIASTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 170.00 MMHG

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/03/2020 21:41

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1610440

Senha da Classificação:

0148

Data e Hora: 29/03/2020 21:50

Paciente: 539733 LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 10/10/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: EDILZA DOS SANTOS BARBOSA Nome do Pai: LUCIO BARBOSA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456
Endereço: RUA JOSE FERREIRA DA SILVA 72 Bairro: PASSARINHO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53170035 Usuário Atendimento: MARINEIDESM
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87915797
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 21:50

Queixa Principal

Dores abdominais de início súbito, localizadas no quadrante superior direito, com irradiação para a região da cintura.

PA: 130 x 100 mmHg HAS (+) / DM (+) e diabetes

Exame Físico

BO, LRS, LRS

Hipótese Diagnóstica

1. Cálculo de vesícula

Conduta Terapêutica

2. 40

Prescrição Médica

1. 10 mg
2. Captação 25 mg, 12h
3. Repetir após 4h

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: FA Senhas

Carimbo/Médico



1610440



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/03/2020 11:03



Nome Paciente: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 10/10/1983
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0012
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Handwritten signature/initials

: 30/03/2020 11:25 - 30/03/2020 11:28

JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE VEM COM ENCAMINHAMENTO DA UPA DE OLINDA COM SENHA 5913862 VITIMA DE COLISÃO CARRO-MOTO EM VIA PUBLICA NEGA TCE, REFERE HAS NAO TRATADA ENEGA DM NEGA ALERGIAS.

Imagem sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 95.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 182.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 89.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ()

Localização da Lesão:
Data: 30/03/2020
Assinado por: [Signature]
Enfermeiro

Acolhido(a) por: JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/03/2020 11:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL MIGUEL



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 522734

Data e Hora: 30/03/2020 11:36

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 135551 LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/10/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: EDILZA DOS SANTOS BARBOSA

Nome do Pai: LUCIO BARBOSA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA DA UNIAO

72

Bairro: CAIXA D'AGUA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente com dor no ombro direito há 10 dias, piora com o movimento de abdução e rotação. Não há trauma recente. Não há febre ou outros sintomas.

Exame Físico

Em conformidade com o exame físico. Não há sinais de infecção ou trauma.

Hipótese Diagnóstica

[REDACTED]

Prescrição Médica

Rx ombro direito

Tratamento: 10 dias de fisioterapia

Medicação: Analgésico

Dr. Robinson Diniz
CRM: 12345Larissa Cavalcante
CRM: 12345Edvany Silva
CRM: 12345

Instituição: [REDACTED]

Dr. Robinson Diniz
CRM: 12345

Assinatura e Carimbo/Médico

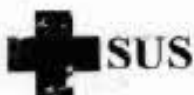
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA			6 - Nº Prontuário	135551
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Étnia	
704804080819048	10/10/1983	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	EDILZA DOS SANTOS BARBOSA			12 - Telefone de Contato	8198791579
13 - Nome Responsável	EURIDES MARQUES			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA DA UNIAO, 72 - CAIXA D'AGUA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53210120		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	F - NTE ENCAMINHADO DA UPA COM RELATO DE COLISÃO DE MOTO X CARRO HA 1 DIA, NO MOMENTO COM DOR EM OMBRO DIREITO. NEGA ALERGIA E DM.		
21 - Condições que justificam a internação	NECESSIDADE CIRÚRGICA		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RADIOGRAFIA		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR	S431	Z000 V23.9	03.01.06.007-3

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	201533350380006
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES	30/03/2020	Dr. Roberto Lima Médico CRM: 23414	13246

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
	Dr. Luciano Ansel Traumatista - Ortopedia CRM: 17171	

AIH
262010247260-3

Código do Laudo: 522734





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

NOME SOCIAL:

IDADE: 36 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 30/03/20

DATA NASC.: 10/10/83

REG: 135551

DATA DA ALTA: 31/3/20

DIAGNÓSTICO:

- LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- CONSERVADOR

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO) SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- MEXER DEDOS DA MÃO / COTOVELO / OMBRO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: INCHAÇO IMPORTANTE / DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

João Manoel Xavier
Médico
CRM- 17.725

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **522758**

Usuário: MONICABSL

DADOS DO PACIENTE

Paciente: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA	Prontuário: 135551
Idade: 36a 5m 20d	Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 10/10/1983
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 6130217	C.P.F.: 04896842464
Telefone: 72	CEP 53210120
Endereço: RUA DA UNIAO	- CATXA D'AGUA - OLINDA - PE
Dados da Internação	
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 30/03/2020 15:44
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERD2-02 508-2

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	Estado civil:
Telefone:	Cidade:	

04/04/2020
SATURADO
CLAUDINEI SOUSA
F. G. COSTA
Clms.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: <u>31/03/20</u>	Hora da Alta: <u>12</u> : <u>00</u>
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	REVISAR CCIH-HMA
Condições de Alta: <u>Bom</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>Luxação Acromioclavicular Direita</u>	
Diagnóstico Secundário01.: _____	
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Tratamento.....: <u>tratamento conservador</u>	
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável: <u>Eurides Marques</u>	Assinatura e RG do médico: <u>[Assinatura]</u>

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 522758

Dt Atendimento: 30/03/2020 - 15:44

Dt Alta: 31/03/2020 - 13:17

Paciente: 135551 LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 58 ORTL-506-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: EVAIROD

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: LUCIANO DOS SANTO BARBOSA

DATA DE NASC.: 10/10/1983

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 135551

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
30/03/2020	
12:43	ADMISSÃO
	QPD/HDA: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA COM RELATO DE COLISAO DE MOTO X CARRO HÁ 1 DIA, NO MOMENTO COM DOR EM OMBRO DIREITO.
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NEGA ALERGIA E DM, HAS+
	MEDICAÇÕES DE USO: LOSARTANA 50MG
	EXAME FÍSICO: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO MSD: NV+ DOR A MOBILIZAÇÃO
	EXAMES DE IMAGEM:
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR IV DIREITA
	CONDUTA: INTERNAMENTO
	<i>Dr. Robinson Diniz Médico CRM/PE 23414</i> <i>Dr. Francisco</i>
30/03/2020 06:00	<i>Dr. Robinson Diniz Médico CRM/PE 23414</i> HD: Luxação Acromio Clavicular D PLT EGB, Eupneico, orientado, sem Queixa. MSD, sem edema, dor NV+ CD: Aguardar Agendamento
31/03/2020 12:00	<i>Dr. Robinson Diniz Médico CRM/PE 23414</i> Em tempo, discutido caso com Dr. Continente e Dr. Antonio, que optaram pelo tratamento conservador, visto que o paciente apresentava mobilidade em MSD e ombro preservada e indolor. CD: Alta Hospitalar



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5913862

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: 36
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Quarna

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motociclista ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Queimadura de 2º grau no antebraço direito
Hipótese Diagnóstica: LAZ V

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudores: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Conduas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TCE Clínico

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

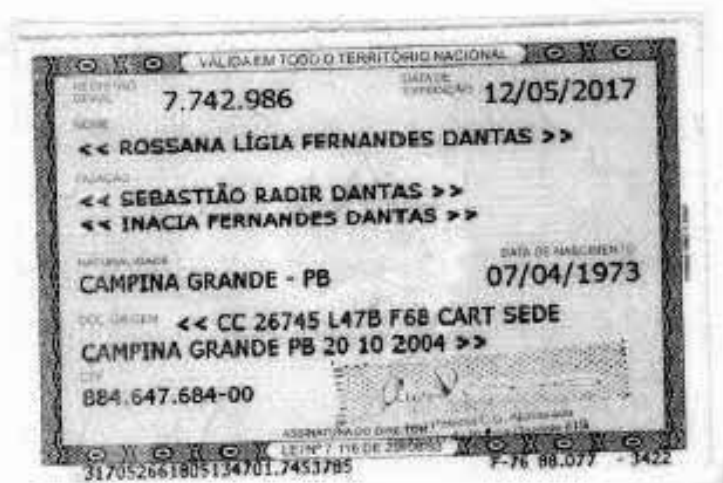
Hospital para onde foi encaminhado: W
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Oliver 29/03/2020
Local e data

Daniel Cabral
Cirurgião Traumatologista
CRM/RJ 24.031

Médico Assistente





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014485532913
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 1003810754 2019

NOME: ALEX SANDRO LIMA DE SANTANA

CARRO: CTO AGOSTINHO-PE

064.058.084-52 0YL8824

PLACA ANT. / UF: 202K010000R025842

TIPO: PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CT125 2019

CAP. / POT. / CIL: 25 / 199CL CATEGORIA: PARTIC COM. PREDOMINANTE: FRETA

ICMS: 10% IPI: 10% IPIVA 2019 QUITADO
P: 10% P: 10% P: 10%
V: 10% V: 10% V: 10%
A: 10% A: 10% A: 10%

PREMIO TARIFARIO: 80.10 PREMIO TOTAL: 80.10 DATA DE PAGAMENTO: 03/02/19

OBSERVAÇÕES: AL. FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA
DOCUMENTO DE FORT. ORIGINÁRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

Assinado por: Roberto Carlos Moreira Fontelle
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262034 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA Data do acidente: 29/03/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA GRAU V (PG 2).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

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: PG 11

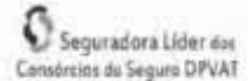
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206018/20
Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
CPF: 048.968.424-64
CPF de: Próprio
Data do acidente: 29/03/2020
Titular do CPF: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA : 048.968.424-64

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: 23/07/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200262034 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA Data do acidente: 29/03/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA GRAU V (PG 2).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

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 LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PG 11

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MOTORISTA
Identidade: 6.130.217-5SP/PE CPF: 048.968.424-64
Endereço: RUA DA UNIÃO, nº 72, CAIXA D'ÁGUA, OLINDA-PE.
CEP=53.210-120

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 29/03/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Paulista, 16 de julho 2020
Local e data

Luciano dos Santos Barbosa

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Dr. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Manoel Gomes de Sá, 71 - CEP 51421-400 - Paulista/PE - Fone: (51) 31010001

Reconheço por autenticidade a firma LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA.
Data: 16/07/2020 08:28:32 Emol: R\$ 3,67; TSNR: R\$ 0,82; FERC: R\$ 0,45; ISS: R\$ 0,08; FERM: 0,04; FUNEG: 0,08; Op: 187
SÉRGIO HENRIQUE DASLVA - Escrevente autorizado

Selo: 0977552 YKA97202033 01048

Consulte a autenticidade em: www.jpe.jus.br/valida/gfial



SSM

ARCEBET



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206018/20
Vítima: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
CPF: 048.968.424-64
CPF de: Próprio
Data do acidente: 29/03/2020
Titular do CPF: LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

LUCIANO DOS SANTOS BARBOSA : 048.968.424-64

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: 23/07/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

