

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2014

Carta nº: 4564610

A/C: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Sinistro: 2014254198  
Vitima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA  
Data Acidente: 18/12/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 0000097145-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Perda completa da mobilidade de um dos punhos, em grau médio = 18,75%	R\$	2.531,25
Perda completa da mobilidade de um dos punhos, em grau intenso = 18,75%	R\$	2.531,25
Perda completa da mobilidade de um tornozelo, em grau médio = 18,75%	R\$	2.531,25
Perda completa da mobilidade de um tornozelo, em grau intenso = 18,75%	R\$	2.531,25
Total avaliado:	R\$	5.062,50
Valor de Multa / Juros:	R\$	0,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014254198 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ERCINA LAPENDA nº 105 - MATRIZ DA LUZ - SAO LOURENCO DA MATA/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6852298 - SSP**  
Data local do exame: **05/06/2014 RECIFE/PE**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### FRATURA DE RADIO DISTAL PUNHO DIR E MALEOLO LATERAL TORNOZELO ESQ

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

#### TRATAMENTO CIRURGICO DE PUNHO E GESSO EM TORNOZELO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXOEXTENSAO E SUPINAÇÃO PUNHO DIR LIMITAÇÃO DA FLEXAO E EVERSAO TORNOZELO ESQ

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

#### PUNHO DIR

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

#### TORNOZELO ESQ

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - RECIFE, 05/06/2014**

**Médico Perito: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155**

**Dra. Fatima Furtado Melo**  
Médica Perita  
CRM-RJ - 52 49515-5  
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM

# 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: 11/06/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000097145-1

---

Nr. da Autenticação 986DCFDF8D521644

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
EMERGÊNCIA

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA  
Data Nasc.: 14/02/1984 Idade: 29 Sexo: MASCULINO Atendimento: 201562 Pronto-tuário: 923823  
CPF: RG: Cor: PARDA Religião:

CNS: 898004102936116

Nº: 115

Estado: PE

Endereço: CINALAPINGA

Bairro: CENTRO

CEP: 54735780

Fone: 92503274

Cidade: SAO LOURENCO DA MATA

Celular:

Profissão:

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Nome do Conjuge:

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

# ficha social em anexo

2 - ATENDIMENTO Data: 18/12/2013 15:06 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Linha Principal / HDA:

Paciente com falha cerebral e

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Puro D e Puro E

Diag. Provisório:

Paciente com insuficiência

Insuficiência cardíaca e Pirostese

Prescrição:

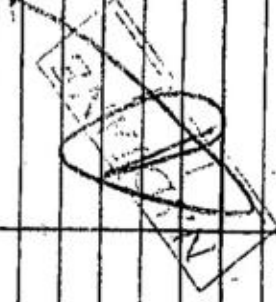
RESINTHIAN

Data

Dieta:

02 ABR 2014

SEU OF 01-10-2013  
SUSCIPADO a 14/12/2013  
Paciente em tratamento



# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

18/12/2013 15:10



Nome Paciente:

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Cod. Paciente:

923823

Data de Nascimento:

14/02/1984

Sexo:

Masculino

Idade:

29

Senha:

EA0022

Convênio:

2 - SUS - AMBULATORIO

Atendimento:

201562



18/12/2013 15:10 - ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA - COREN: 94448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:

AMARELO - URGENTE



AMARELO

Queixa Principal:

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MSD, DOR NAS COSTAS E ESCORIAÇÃO PEQUENA EM PESCOÇO

Observação:

NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergias:

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5

RESINTRAN

02 ABR. 2016

Acolhido(a) por: ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA

Data: 18/12/2013 15:10

[illegible]☐ Paciente    ☐ Familiar

**Usuario do Atendimento**  
**MARILIACSB**

Francisco J. Serrano Cardenas  
Ortopedico - Traumatología  
CRM: 4569





NOME: Lindemberg Faustino de Souza SEXO: M  
RG: 685221850516 CARTÃO DO SUS: 898 0041 02.13.6116  
DATA DE NASCIMENTO: 14.02.84 CIDADE: Flamã RELIGIÃO: Catolico  
FILIAÇÃO: Angelino Faustino de Souza  
E: Francisca Maria da Conceição  
ENDEREÇO: Rua Santa Lapa nº 105  
Matriz da UZ São Lourenço da mata  
NTO DE REFERÊNCIA: 12503274-8888336 Lindalva  
ONES P/ CONTATO: próximo ao clube. Pente. Pres com  
ESCOLARIDADE: 4ª série fund. PROFISSÃO: FEICRESNTRAN  
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: X SIM, ( ) NÃO, OUTROS: 02 ABR. 2014  
BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO ( ) ASSISTENCIAL ( )  
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: separado com 01 companheira  
1º ATENDIMENTO: X READMITIDO ( ) PROCEDÊNCIA  
ACOMPANHANTE: Uindalva Pereira da Silva  
TABAGISMO: pm USO DE ETÍLICO: Sim OUTROS: —  
REDE DE SERVIÇO SUS: PEF CAPS ( ) AMBULATORIO ( ) OUTROS ( ) Camp.  
ENTREVISTADO: Lindalva Silva GRAU/PARENTESCO: —  
OUTRAS INFORMAÇÕES: Veio encaminhado da UZ  
de São Lourenço sofreu acidente  
de moto caído pelo para no pen-  
no e no hospital.  
tem diabetes e hipertensão  
ref da família e tem  
boa família.

Creche rotina + acompanhante

18.12.2012

Elizabete Miguel dos Santos  
Assistente Social  
CRESS - PE 3050

Elizabete



## EVOLUÇÃO

02 ABR 2014



# NOME!

W. W. W. W. W.

## CLÍNICA:

DATA	HORA
1	10:00
2	10:10
3	10:20
4	10:30
5	10:40
6	10:50
7	11:00
8	11:10
9	11:20
10	11:30
11	11:40
12	11:50
13	12:00
14	12:10
15	12:20
16	12:30
17	12:40
18	12:50
19	13:00
20	13:10
21	13:20
22	13:30
23	13:40
24	13:50
25	14:00
26	14:10
27	14:20
28	14:30
29	14:40
30	14:50
31	15:00
32	15:10
33	15:20
34	15:30
35	15:40
36	15:50
37	16:00
38	16:10
39	16:20
40	16:30
41	16:40
42	16:50
43	17:00
44	17:10
45	17:20
46	17:30
47	17:40
48	17:50
49	18:00
50	18:10
51	18:20
52	18:30
53	18:40
54	18:50
55	19:00
56	19:10
57	19:20
58	19:30
59	19:40
60	19:50
61	20:00
62	20:10
63	20:20
64	20:30
65	20:40
66	20:50
67	21:00
68	21:10
69	21:20
70	21:30
71	21:40
72	21:50
73	22:00
74	22:10
75	22:20
76	22:30
77	22:40
78	22:50
79	23:00
80	23:10
81	23:20
82	23:30
83	23:40
84	23:50
85	00:00
86	00:10
87	00:20
88	00:30
89	00:40
90	00:50
91	01:00
92	01:10
93	01:20
94	01:30
95	01:40
96	01:50
97	02:00
98	02:10
99	02:20
100	02:30

# HORA

**END**

**Wetco:**

# EVOLUÇÃO

06/01/13

Net cost of 10 y/o female  
before purchase = \$150 +  
\$450 = \$600.00  
\$300.00

4. *Anterior* *Posterior* *Superior* *Inferior* *Medial* *Lateral* *Proximal* *Distal* *Superficial* *Deep* *Anterior* *Posterior* *Superior* *Inferior* *Medial* *Lateral* *Proximal* *Distal* *Superficial* *Deep*

π<sub>1</sub>ε<sub>0</sub>

Elaboration into a 3D model of mine-collapse

01/14 Fizio tempo motore (03.02.05.001-91)  
Potenza / file de MTC. Operadores e unidades  
Realizando a inspeção ativa - 6.550  
MTC a M5 D (articulação) - BESINTRAN

~~OK~~

Net EVOLV 010 ~~010~~  
35KV EVOLV 010  
GESSO PD L(F) 035

~~02 APR. 2014~~

8

Kuientu erdeu eor eonciunt  
 ermbadio, erparies, g  
 aguiag, erherioyos

~~and shall use make or maintain~~  
~~any~~ equipment

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
09		PUL 72 bat/min. Correlato com o teste Pynus
01		no lab. SIV elevadas F. 2, surgindo brônco
14		opressão MIO, ausência de dor (medicamento)
		paciente em observação
		MONITOR
10		Paciente evolui com consciência
04		orientado, responde a perguntas
14		curativos em MSD, segue com
		queixas
10		Paciente evolui sem alterações no
01		exame físico
14		
11		
11		Estimula orientado, estável
		movido em MSD. 51 queixas
		algumas
11/01/14		2º DPO pós. MIO (coniente, vitais estáveis) RESINTRAM
		curativo de dor. 1 medicamento. Taba. 1 Fb
		2º curativo MIO, SIV estáveis. 02 ABR. 2014
		F.O. extintamente limpa. segue
		observação
12/01/14		Paciente evolui com consciência
		orientado, responde a perguntas
		curativos em MSD, segue com
		queixas
12		Paciente evolui com consciência
04		orientado, responde a perguntas
14		curativos em MSD, segue com
		queixas





DATA	HORA	EVOLUÇÃO
02/10/14		Pac EGR, conservado, em 1 sala, SSN e transf. acente de 15.10, de 10.00, 10.00, 10.00 tipo 1 MSD, curativo + tola MTE. AUP de MSD, 81 queixas. Segue em 1 sala de 10.00
02/10/14		Paciente evolui EGR, com exatidão orientada, em 10.00, 10.00, 10.00, 10.00 segui ag. cirurgia
03/10/14		EGR, com 10.00, 10.00, 10.00, 10.00 em 10.00, 10.00, 10.00, 10.00. PS. não mais cirurgia
04/10/14		Paciente evolui melhor (25.05.02.1.9) Pte 7 alterado com 10.00, 10.00, 10.00, 10.00 MSD 10.00, 10.00, 10.00, 10.00 MSD 10.00, 10.00, 10.00, 10.00
05/10/14		Paciente evolui, Tolo MTE 2 Tolo MTE segui com 10.00, 10.00, 10.00, 10.00
06/10/14		Ret. Col. e/o DVO segui em 10.00, 10.00, 10.00, 10.00 para em 10.00, 10.00, 10.00, 10.00
05/10/14		EGR, 10.00, 10.00, 10.00, 10.00 em 10.00, 10.00, 10.00, 10.00
05/10/14		Paciente evolui, Tolo MTE em 10.00, 10.00, 10.00, 10.00
06/10/14		Segui em 10.00, 10.00, 10.00, 10.00 cirurgia Amante. Grefelina
06/10/14		Segui em 10.00, 10.00, 10.00, 10.00 em 10.00, 10.00, 10.00, 10.00

RESINTRAN

02 ABR. 2016

10/14





**Nº REGISTRO:**

**Nº REGISTRO:**

**NOW:**

## CLÍNICA:

**CONF.**

8

**LEAD:**

**DATA**

## HORA

# EVOLUÇÃO

23/2/14

# A Different Training I

Patente sobre K<sub>2</sub>, consiente, puntado, anar-  
notas, anetico, hidratorado

93

Vacant evenu ESR Concierto  
Quemada, empanadas, aperitivo  
Segui com aubrey -

25/2/2025

054	21805	216	85
-----	-------	-----	----

27112

EAR, bondy oriented, ss Vadi and  
e) bade m.t. d + m.e., ag. horizon at  
base.

15

Porcentajes de COR consistente,  
encontrados, en ponedo, apendil,  
de que con quibran e de ponedo

20167

*[Signature]*

## RESIN TRAN

00:00

02 ABR 2017

3674000000  
4502  
Elaborate unwell  
001101270111



[illegible]



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Lindenberg Faustino de Souza		LETO:	
CLÍNICA:		ENF.:	
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
18/12/13		Z enfermagem - área Agil Sub	
22/4/14		Evolui com EOP, Consciente, orientado, lida com eupneica, afebril, hidratada, hidratada por vela perférica em MSE; tala gessada em MSD com hipola; tala gessada em MOC, de FVD em MSD. Segue em observação - 2013	
19		Dr. Andréa Viana A. Melo Enfermeira COREN-PE 79740	
11		Falta de medicação com EOP	
17		Falta de medicação com EOP	
		A cirurgia ultra	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 2014	
		Z enfermagem - área Agil Sub	
		Evolui com EOP, consciente, orientado, afébril ao toque epáico, hidratada, tala gessada em MSD com hipola, agitada cirurgicamente, agitada na sala de triagem, segue em observação - 2013	
		RESINTRAN	
		02 ABR. 201	



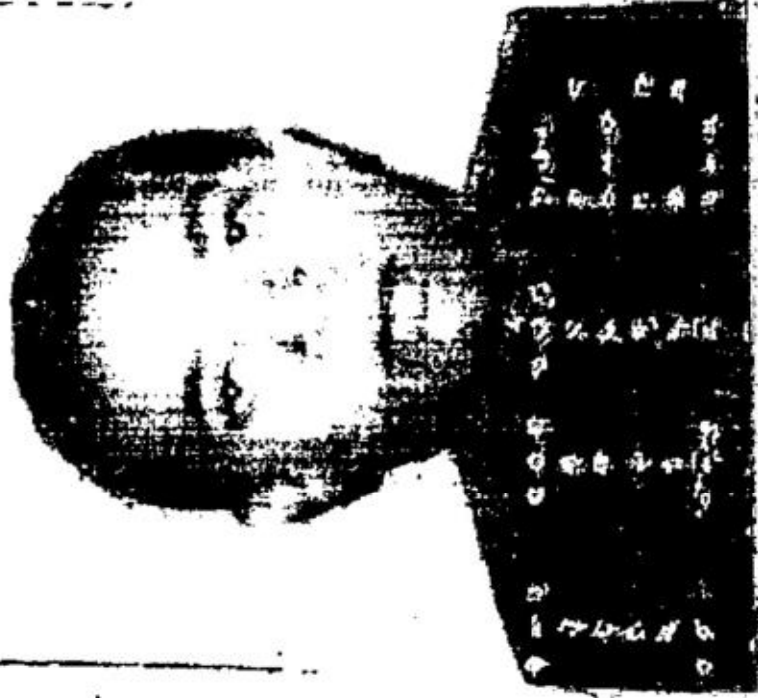
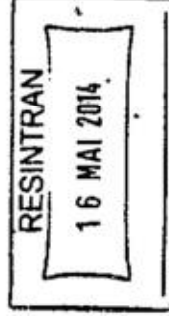
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
20/12		<p>Paciente ADM procedente de emergência com orientado, afilado, exposto, overmatured: VP, mantendo Sale MEE + MSD. Segue repouso no leito. Negar DM + HAS. Exatidão pat. e Rx. medicação.</p> <p><i>Verbo</i> Verbo do Verbo Verbo do Verbo Verbo do Verbo</p>
20/12		<p>HD. F. de rodado distal R. de dor no joelho</p> <p>sem sintomas an. Sol. exames</p> <p>Dra. Leticia Lima Clínica de Cardiologia CRM 20545</p>
21/12		<p>Trat. CIEP e/o DVO e Acetaminofeno 1000 mg CIEP MSD + MIE, R. de dor no joelho</p>
22/12		<p>CIEP, emagrecimento, síndrome mantendo Sale MSD e MIE, nega sintomas no leito. R. de dor no joelho.</p>
23/12		<p>Tratamento de CIEP em andamento, mantendo Sintomas, CIEP, nega dor no joelho. RESINTRAN de exames (do momento)</p> <p>02 ABR. 2014</p>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

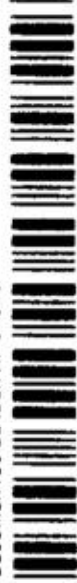


ASSINATURA DO TITULAR

*Vincenty F. Monteiro de Sá*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



\*1004037







# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LINDENBERG FAUSTINO DE SOUZA, portador da carteira de identidade nº 0852298 e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.836.704-40 residente e domiciliado na RUA ERICA LARENDA, 105-A, MATRIZ DA LUZ Cidade SÃO LOURENÇO, Estado PE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS



São Lourenço 26/03/14

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

RESINTRAN

02 ABR. 2014

Lindemberg Faustino de Souza

Local e data



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LINDENBERG FAUSTINO DE SOUZA

PORTADOR(A) DO RG Nº 6832298 EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_ EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E

CPF 058830709-40 /CNPI 00000000-00000000, PROFISSÃO AUTOVEICULO  
E RENDA MENSAL DE R\$ 6000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LINDENBERG FAUSTINO DE SOUZA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

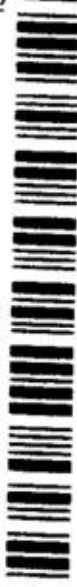
BANCO 104 • AGÊNCIA 0876 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 97145-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*

LOCAL São Lourenço, DATA 26/03/14



❗ ATENÇÃO

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Lindemberg Faustino de Souza

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.  
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**AUTO-ATENDIMENTO - AG ENCRUZILHADA**

DATA: 27/03/2014 HORA: 14:17:10  
TERMINAL: 00481049 CONTROL: 004810490161

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 00876.013.00097145-1

NOME: LINDENBERG FAUSTINO DE SOUZA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 50,00

NÚMERO DO ENVELOPE:

NÚMERO DE CONTROLE:

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

**Informações, reclamações, sugestões e elogios**

SAC: CAIXA: 0800-726-0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-726-7474  
Site: [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

RESINTRAN

02 ABR. 2014



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 025A. CIRCUNSCRICAO - PEIXINHOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0115002427

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/03/2014 às 13:44

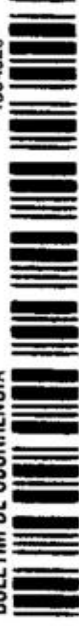
**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 18/12/2013 às 13:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELNINIO CORREIA, 1 - Bairro: CAPIBARIBE -**  
Município: **SAO LOURENCO DA MATA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA ( VITIMA )

BOLETIM DE OCORRENCIA

\*1004026\*



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

(VITIMA) - LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Mãe: **FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO**; Pai: **ANCELINO FAUSTINO DE SOUZA** Data de Nascimento: **14/21/1984**;

Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **6852298/SDS/PE (RG)**, **05883670440 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**;

Profissão: **AUTONOMO(A)**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **96742210**

Endereço Residência: **BAIRRO DE CENTRO (52870), 105, RUA ERICINA LAFENDA, CASA A, 55000-000, CENTRO, SAO LOURENCO DA MATA, PERNAMBUCO, BRASIL**

Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

Dados Comerciais: **NÃO INFORMADO**

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

Complemento / Observação

RESINTRAN

02.ABR.2014

A VÍTIMA SEGUIA PILOTANDO UMA MOTO HONDA/NXR 150 BROS, PLACA PEQ-3306/PE, D EPROPRIEDADE DE FLAVIO SEVERINO DOS SANTOS QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO D EPLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS FAZENDO COM QUE O MENSO PERDESSE O CONTROLE DA MOTO E CAISSE EM SOLO EM SEGUIDA SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS.

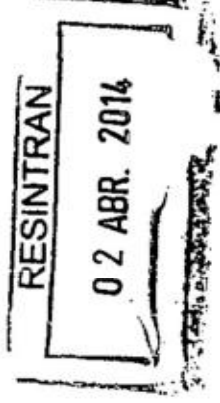
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



*Lindemberg Faustino de Souza*  
**LINDEMBERG FAUSTINO DE  
SOUZA  
(VITIMA)**

*Tito*

B.O. registrado pelo polícial: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO MAT. 220.926-8 - Matrícula:  
220.926-8**





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZARG nº 6852298, data de expedição 11 / 11 / Órgão

CPF nº 058.836.704-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA ERCINA LAPENDA
Número	305-A
Apto / Complemento	
Bairro	MATRIZ DA LUZ
Cidade	SÃO LOURENÇO DA MATA
Estado	PE
CEP	54700-000
Telefone de Contato	81-82521743
E-mail	

RESINTRAN  
02 ABR. 2018

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO LOURENÇO DA MATA, 26 DE MARÇO DE 2014Assinatura do Declarante: Lindemberg Faustino de Souza

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA



www.celpe.com.br

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista  
Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.805.030/0001-08 | Ins. Est. 00059403-03

Comercial: 0800 081 0120 | Provedor: 0800 081 8196  
Atendimento ao cliente: 0800 262 5599  
Ouvinte Celpe: 0800 262 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco - AROPE 0800 727 0167 | Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco - AROPE 0800 727 0167  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157 157 157 | Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157 157 157

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDIMENTO COM NIS

DADOS DO CLIENTE

URUBALVA PEREIRA DA SILVA

CPF: 038.943.724-02

NIS: 18370215709

Conta Contrato 7001304768

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ERICINA LAPENHA 105 -A

MATRIZ DA LUZVILA N SA DA LUZ  
14700-000 SAO LOURENCO DA MATA PE

ATENÇÃO!

A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento das contas de energia elétrica. Valor devido: 27/07/12 - 15,51

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Esta comunicação não constitui o início do processo de cobrança judicial, mas sim a oportunidade de regularização antes do início do processo judicial que poderá ser cobrado após o fim do processo.

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

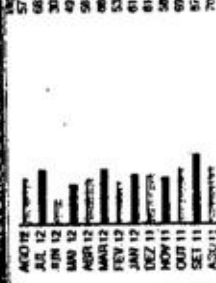
Consumo	Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Alvo até 30 kWh	30,00000000	0,12787353	3,83
Consumo Alvo superior a 30 até 100 kWh	27,00000000	0,21911727	5,91
Contribuição Iluminação Pública			5,50
Parafuso 17/37 Plano 400000315008			9,71
22956122567610102012XXXX24,95001114-06			

TARIFAS APLICADAS  
Consumo Alvo até 30 kWh 0,12787353  
Consumo Alvo superior a 30 até 100 kWh 0,21911727

RESINTRAN

02 ABR. 2014

HISTÓRICO DO CONSUMO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014254198**Cidade:** São Lourenço da Mata**Natureza:** Invalidez**Vítima:** LINDEMBERG FAUSTINO  
DE SOUZA**Data do acidente:** 18/12/2013**Emissor do parecer:** Greiele  
Batista Lima**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 377300

## PARECER

**Data da análise:** 26/05/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / PUNHO DIREITO: 50% DE 25% / TORNOZELO ESQUERDO: 50% DE 25% / TOTAL: 25%**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** JORGE CAMPOS**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	50

**Valor avaliado:** 3.375,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2014254198	<b>Cidade:</b> São Lourenço da Mata	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	<b>Data do acidente:</b> 18/12/2013	<b>Emissor do parecer:</b> GABRIEL JOÃO LOURENÇA DA SILVA
<b>Seguradora:</b> ARUANA SEGUROS S/A	<b>Prestadora:</b> CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	<b>CRM do médico:</b> 52495155

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL PUNHO DIR E MALEOLO LATERAL TORNOZELO ESQ.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO E SUPINAÇÃO PUNHO DIR. LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EVERSÃO TORNOZELO ESQ.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PUNHO E GESSO EM TORNOZELO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas :** Com sequela

**Data da perícia:** 05/06/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 6.750,00

**Médico avaliador:** MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	75

**Valor avaliado:** 5.062,50