



Número: **0036215-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SAMUEL ARAUJO SANTOS (AUTOR)</b>	<b>EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	
<b>PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68968 460	02/10/2020 15:58	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190642283**      **Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS**

Data do Acidente: 28/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). SAMUEL ARAUJO SANTOS**

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 15125382



pag. 00795/00796 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Nº 68968460 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190681729 Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

**Data do Acidente:** 28/08/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SAMUEL ARAUJO SANTOS**

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 15201227



230 01985/01986 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Núm. 68968460 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190681729      Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Data do Acidente: 28/08/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SAMUEL ARAUJO SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00251/00252 - carta\_02 - INVALIDEZ



00070126

Carta nº 15264554



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Num. 68968460 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190681729      Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Data do Acidente: 28/08/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SAMUEL ARAUJO SANTOS

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000775

Conta: 0000015613-9

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, retorno 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](http://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

1 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

057.844.204-37

4 - Nome completo da vítima:

SAMUEL ARAUJO SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

SAMUEL ARAUJO SANTOS

6 - CPF:

057.844.204-37

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

2 TV JAO FRANCISCO GALINDO

9 - Número:

119

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

ALAGOINHA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55260-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

87 9.9968-5158

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:

 RECUZO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 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. Anexe uma cópia)

 CONTA CORRENTE

(Todos os bancos)

 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0775

CONTA: 15613

(Inserir o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir 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 IMI - 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 definição 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.

## 23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

30 - Vítima deixou neto(na)is?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/aus/vivos?

 Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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.

NÃO AUTORIZADO

34 - Imprímido digital da assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

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

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

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

40 - Local e Data: ALAGOINHA-PE, 13-11-2019

Samuel Araujo Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

COMPROVADA VIDA E PROVIMENTO

18 NOV 2019

PROTÓCOLO

RECIBO

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Num. 68968460 - Pág. 6



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

057.844.204-37

4 - Nome completo da vítima:

SAMUEL ARAUJO SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

SAMUEL ARAUJO SANTOS

6 - CPF:

057.844.204-37

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

2 TV JAO FRANCISCO GALINDO

9 - Número:

119

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

ALAGOINHA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55260-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

87 9.9968-5158

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:

 RECUZO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 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. Anexar uma cópia)

 CONTA CORRENTE

(Todos os bancos)

 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0775

CONTA: 15613

(Inserir o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir 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 IMI - 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 definição 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.

INVALIDEZ  
PERMANENTEMORTE  
NÃO AFETADO

## 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 neto(na)ra?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

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

34 -

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

COMPROVADA VIDA E PROVIMENTO

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

18 NOV 2019

PROTÓCOLO

Assinatura da testemunha:

RECIBO

40 - Local e Data:

ALAGOINHA-PE, 13-11-2019

Samuel Araujo Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Num. 68968460 - Pág. 8



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -  
DP113ª CIRC DINTER1/16º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0203000315

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/09/2019 às  
17:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 28/8/2019 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: SITIO BARRA DA ONÇA -  
ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE  
ALAGOINHA, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO -  
Local do Fato: PROPRIEDADE RURAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SINISTRO (AUTOR / AGENTE )  
ALEXANDRE DE CARVALHO (OUTRO )  
SAMUEL ARAÚJO SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): ALEXANDRE DE CARVALHO

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

SAMUEL ARAÚJO SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
DAS GRAGAS DE BRITO ARAÚJO SANTOS Pai: RAIMUNDO JOSÉ DOS SANTOS Data do  
Nascimento: 28/8/1989 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
7138888/SDS/PB (RG), 88784428437 (CPF), 88874821227 (GNH) Estado Civil:  
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: AVENIDA FREI JERÔNIMO, 220 - GEP: 0 - Bairro: CENTRO -  
ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

SINISTRO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALEXANDRE DE CARVALHO (não presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

25/09/2019 16:58

E 2



**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): ALEXANDRE DE CARVALHO.**

que estava em posse do(s) Sr(a): **ALEXANDRE DE CARVALHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: N&#226;

Cor: **Preta** - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PDU8434** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **848322888** Chassi:

**602KG1676BR888878**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**A VÍTIMA RELATA QUE TRANSITAVA EM UMA ESTRADA RURAL, QUANDO, UM CÃO ATRAVESSOU NA FRENTES DA MOTOCICLETA E ELE ACABOU ATROPELANDO O ANIMAL, NO ACIDENTE A VÍTIMA AGANOU CAINDO E TEVE FRATURA NO PUNHO ESQUERDO.**

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

**SAMUEL ARAÚJO SANTOS** & *Samuel Araújo Santos*  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARIOGLAND BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221788-4 -**  
Matrícula: **221788-4**



25/09/2019 16:58



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Num. 68968460 - Pág. 10



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -  
DP113ª CIRC DINTER1/16º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0203000315

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/09/2019 às  
17:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 28/8/2019 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: SITIO BARRA DA ONÇA -  
ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE  
ALAGOINHA, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO -  
Local do Fato: PROPRIEDADE RURAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SINISTRO (AUTOR / AGENTE )  
ALEXANDRE DE CARVALHO (OUTRO )  
SAMUEL ARAÚJO SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): ALEXANDRE DE CARVALHO

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

SAMUEL ARAÚJO SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
DAS GRAGAS DE BRITO ARAÚJO SANTOS Pai: RAIMUNDO José dos SANTOS Data do  
Nascimento: 28/8/1989 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
7138888/SDS/PE (RG), 88784428437 (CPF), 88874821227 (GNH) Estado Civil:  
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: AVENIDA FREI JERONIMO, 220 - GEP: 0 - Bairro: CENTRO -  
ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

SINISTRO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALEXANDRE DE CARVALHO (não presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

25/09/2019 16:58

E 2



**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): ALEXANDRE DE CARVALHO.**

que estava em posse do(s) Sr(a): **ALEXANDRE DE CARVALHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: N&#226;

Cor: **Preta** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDU8434 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **848322888** Chassi:

**602KG1676BR888878**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**A VÍTIMA RELATA QUE TRANSITAVA EM UMA ESTRADA RURAL, QUANDO, UM CÃO ATRAVESSOU NA FRENTES DA MOTOCICLETA E ELE ACABOU ATROPELAR O ANIMAL, NO ACIDENTE A VÍTIMA AGACHOU CAINDO E TEVE FRATURA NO PUNHO ESQUERDO.**

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

**SAMUEL ARAÚJO SANTOS** & *Samuel Araújo Santos*  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARIOLAND BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221788-4 -**  
Matrícula: **221788-4**



25/09/2019 16:58



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Num. 68968460 - Pág. 12



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 057.844.204-37	4 - Nome completo da vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS
----------------------------	--------------------------------------	--

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

5 - Nome completo: SAMUEL ARAUJO SANTOS	6 - CPF: 057.844.204-37		
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: 2 TV JAO FRANCISCO GALINDO	9 - Número: 119	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: ALAGOINHA	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55260-000
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): 87 9.9968-5158	

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:	<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexe uma cópia)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (304)	
AGÊNCIA: 0775	CONTA: 15613	AGÊNCIA: _____
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)
(Inserir 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para definição 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.

### 23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou neto(na)ra? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/aus/vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	---

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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

Início do uso digital da  
assinatura  
deverá ser  
informado

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 - 1º | Nome:

CPF:

COMPROVADA  
VIDA E PROVIMENTO

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

18 NOV 2019

PROTÓCOLO

Assinatura da testemunha:

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: ALAGOINHA-PE, 13-11-2019

X Samuel Araujo Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Num. 68968460 - Pág. 14



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

057.844.204-37

4 - Nome completo da vítima:

SAMUEL ARAUJO SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

SAMUEL ARAUJO SANTOS

6 - CPF:

057.844.204-37

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

2 TV JAO FRANCISCO GALINDO

9 - Número:

119

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

ALAGOINHA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55260-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

87 9.9968-5158

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:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexe uma cópia) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0775

CONTA: 15613

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir 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 IMI - 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 definição 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.

INVALIDEZ  
PERMANENTEMORTE  
NÃO AFETADO

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente

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 neto(na)ra:

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/aus/vivos?

 Sim Não

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

34 -

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Num. 68968460 - Pág. 16

# 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: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: SAMUEL ARAUJO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00775

CONTA: 000000015613-9

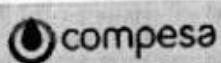
---

Nr. da Autenticação 51A9B04F66A312D6



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Num. 68968460 - Pág. 17



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR. JERÔMEO - N° 11 - S/N - CENTRO ALAGOINHA  
PE 55200-000

DADOS DO CLIENTE  
SARIEL ARAUJO SANTOS  
ZTV JOAO FRANCISCO GAIANO, N. 00119 - CENTRO ALAGOINHA PE 55200-000  
INSCRIÇÃO: 006.528.172.0630-300 GRUPO: 3 DEB AUTOMATICO: 205932938

SITUAÇÃO ÁGUA LTGÁDIO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO NÃO REGISTRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/B) N MÉDIO

AGUA:  
LEIT. ANT.: CONSUMO: 10  
LEIT. ATU:  
LEIT. FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019 10

PARAMETROS	TABELA DE REFERENCIAS		
	EXTG. PORT MS 2.914/11	ANALISES	ATENDEM A LEGIS.
TURBIDEZ	13	13	13
COR APARENTE	13	13	13
CLORO RESIDUAL	13	13	13
COLIF. TOTAIS E/ML	13	13	13

MÉDIA: 10 Qualidade de Água: www.correiova.com.br  
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.  
(2)OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.  
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA  
REF. (1 UNIDADE(S))  
COMPRA DE ÁGUA  
  
LIGAÇÃO DE ÁGUA 06/2019  
MULTA P. IRREGULARIDADE 06/2019

CONSUMO TOTAL (R\$)

10,00 41,30  
28,43  
1,39

TIPO	BASE DE CÁLCULO	VALOR UNITÁRIO	VALOR DO IMPORTE
PE	41,30	3,65	0,64
IMPORTE	41,30	7,00	3,14

VENCIMENTO: 05/08/2019 TOTAL A PAGAR: 71,12

MENTAL

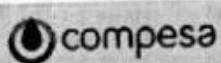
PROTOCOLO  
CORREIO VÁ  
RECIBO

COMPREV  
18 NOV 2019

COMPREV  
E PREVIDÊNCIA SA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391  
Número do documento: 20100215583320900000067636391



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR. JERÔMEO - N°11 - S/N - CENTRO ALAGOINHA  
PE 55260-000

DADOS DO CLIENTE  
SARIEL ARAUJO SANTOS  
ZTV JOAO FRANCISCO GAIANO, N. 00119 - CENTRO ALAGOINHA PE 55260-000  
INSCRIÇÃO: 006.528.172.0630.300 GRUPO: 3 DEB AUTOMATICO: 205932938

SITUAÇÃO ÁGUA LTGÁDIO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDROMETRO NÃO MEDIDO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL

AGUA:  
LEIT. ANT.: CONSUMO: 10  
LEIT. ATU:  
LEIT. FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019 10

PARAMETROS	TÉCNICAS DE AMOSTRAGENS		
	EXTG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES R/ALTA	ATENDEM A LEGIS.
TURBIDEZ	13	13	13
COR APARENTE	13	13	13
CLORO RESIDUAL	13	13	13
COLIF. TOTAIS E. COLI	13	13	13

MEDIDA: 10 Qualidade de Água: www.correiova.com.br  
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.  
(2)OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA ÁGUA.  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA  
RESIDENCIAL 3 UNIDADE(S)  
COMPRA DE ÁGUA  
LIGAÇÃO DE ÁGUA 06/2019  
MULTA P. IRRETINIBILIDADE 06/2019

CONSUMO TOTAL (R\$)

10,00 41,30  
28,43  
1,39

TIPO	BASE DE CÁLCULO	VALOR UNITÁRIO	VALOR DO IMPPOSTO
PE	41,30	3,65	0,64
IMP	41,30	7,00	3,14

VENCIMENTO: 05/08/2019 TOTAL A PAGAR: 71,12

MEMORANDUM

PROTOCOLO  
CORREIO VALE

COMPREV  
18 NOV 2019

E PREVIDÊNCIA SAI



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

M. DR LIDIO PARAIBA  
DE QUEIROZ, prado, Pesqueira - PE  
1000, Fone: (87) 3835-8725

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
29/08/2019 17:25		URGÊNCIA GERAL

fo prestada pelo paciente ou acompanhante:

JAMUEL ARAUJO SANTOS  
02735401281 Nascimento: 26/09/1989 Idade: 29 Sexo: Masculino Cor: Sem informação  
i: Casado(s) Profissão: Naturalidade: ALAGOINHA Nacionalidade: Brasileiro  
Filiação Mãe: MARIA DASGRACAS DE BRITO ARAUJO SANTOS  
CPF 057.844.204-37 Pai: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS

AV FREI GERONIMO 220 Complemento:  
Cidade: ALAGOINHA UF: PE Telefone:

ante:

Acidente de trabalho:

Sim  Não

nto Classificação de Risco:

08/2019 Hora do Atendimento: 17:25

Enfermeiro:

Estudante CORDEIRO

Corem:

ncipal: Ppt relata queda de moto no dia anterior, referindo em punho E.

150 100 alegria 0

so Trauma: Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não   
Consciência: Sim  Não  Tipo:  
de Trânsito: Sim  Não  Tipo:  
Local do Impacto:  
mento: Sim  Não   
Ferimento: Sim  Não  Tipo:  
Sofreu Queda: Sim  Não  Altura: m  
lura: Sim  Não  Por:  
Transporte realizado por:  
Por que:  
se de imobilização adequada: Sim  Não

lítico: Via aérea está pervia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Data: 18 NOV 2019  
Iretório FC: X SPO2  
Iretório PA: X mm Hg Pulso:  
ne Neurológico Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocônicas  Anisocônicas   
Abertura Ocular: Glasgow: Resposta Verbal  
Hora: Escala: Hora:  
Glasgow: Resposta Motora  
Escala: Hora:



Indumento Médico: *Poncho veludo verde de malha*

ta: 17:25

*1 Dose i.v. de soluções de uso geral*

ra: 29/08/2019 Médico:

CRM:

Sintomas Iniciais:

*Dor pós cirurgia*

Exames Solicitados:

*Radiografia de Pulmão*

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento:

Tratamento/Procedimentos:

*Analgesia e suco Fuso.*

*Inhaloterapia*  
*Fuso; Tala Cervical com droga palmar*

Causa Principal:

*u x sublumina paroxística ou paroxística de uma espécie*

Assinatura Médico + Cambo

*Dr. Edson Pacheco Neto  
CRM-20200*

Sintoma Definitivo:

Condição da Alta:

Sintoma do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a pedido  Evadiu-se

Curado  Melhorado

Transferido para:

Inalterado  Piorado

Óbito

Atendido na Clínica:

Recomendação para Alta / Internamento / Transferência:

Nome:

CRM:

Data: / /

Hora:

#### Assunção da Responsabilidade para Internamento

Eu aceito as normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos médicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

/ /

Nome Completo Legível:

Identidade:

Assinatura:

Assento-me pela imediata retirada do paciente deste hospital, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

/ /

Nome Completo Legível:

Identidade:

Assinatura:





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde  
Dentroia Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

## REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação: <b>Pesqueira - PE</b>	Gênero	
	Unidade Sentinela: <b>HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA</b>	CNES: <b>2635578</b>	Vítima Nº:
	Data do atendimento: <b>29/06/2019 às 2000-01-01 17:25:00 -0200</b>	Número de Registro/Prontuário: <b>000063327</b>	
	Nome: <b>SAMUEL ARAUJO SANTOS</b>		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 3 Ignorado	Data de nascimento: <b>26/09/1989</b>	<input type="checkbox"/> 9 Ignorado
	Idade: <b>29</b>	<input type="checkbox"/> 2 Ignorado	Ocupação: <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
	Município de residência: <b>Alagoinha - PE</b>	Código IBGE: <b>260060</b>	
	Raca/cor: <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input checked="" type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 9 Ignorada		
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente:		
	Zona de ocorrência: <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada		
	Endereço do acidente:		
	Data do acidente	Hora do acidente	
Dia da semana do acidente: <input type="checkbox"/> 1 Domingo <input type="checkbox"/> 2 Seg. <input type="checkbox"/> 3 Ter <input type="checkbox"/> 4 Qua <input type="checkbox"/> 5 Qui <input type="checkbox"/> 6 Sex <input type="checkbox"/> 7 Sab	Tipo de vítima: <input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Passageiro <input type="checkbox"/> 3 Passageiro condizido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro condizido inadequadamente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente: <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Ciclismo <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 6 Outro	
Acidente relacionado ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Type de acidente: <input type="checkbox"/> 1 Colisão/colbamento <input type="checkbox"/> 6 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento <input type="checkbox"/> 8 Outro	Outra parte envolvida no acidente: <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Ciclóide <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 8 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Outro	
Fatores relacionados ao acidente:			
Excesso de velocidade: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de sinal de segurança pela vítima: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 66 Não se aplica	Avanço de sinal: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de capacete pela vítima: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 66 Não se aplica
Uso de celular pelo condutor: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de bebida alcoólica pelo condutor: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Sono do condutor: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Condutor tem habilitação: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 66 Não se aplica
Outro fator relacionado ao acidente:			
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela: <input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Veículo policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela: <input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente <input type="checkbox"/> 5 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Transferência da Vítima: <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? _____ <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento: _____ Função: _____		
	Observações: _____		



ALDR LIDIO PARAIBA  
DE QUEIROZ, prado, Pesqueira - PE  
1000, Fone: (87) 3835-8725

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
29/08/2019 17:25		URGÊNCIA GERAL
Is prestada pelo paciente ou acompanhante:		
SAMUEL ARAUJO SANTOS 12735401281 Nascimento: 26/09/1989 Idade: 29 Sexo: Masculino Cor: Sem informação E: Casado(s) Profissão: Naturalidade: ALAGOINHA Nacionalidade: Brasileiro CPF: 057.844.204-37 Filiação Mãe: MARIA DASGRACIAS DE BRITO ARAUJO SANTOS Pai: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS		

AV FREI GERONIMO 220 Complemento:  
Cidade: ALAGOINHA UF: PE Telefone:

Ante: \_\_\_\_\_  
C: \_\_\_\_\_  
is: \_\_\_\_\_  
nto Classificação de Risco: \_\_\_\_\_  
08/2019 Hora do Atendimento: 17:25 Enfermeiro: \_\_\_\_\_ ERNEMAR CORDEIRO CORDEIRO

icipal: Det relata queda de moto no dia anterior, sofrendo em punho E.

150 100 alergia 0  
do Trauma: Episódio Emético: Sim  Não   
Consciência: Sim  Não  Tipo: \_\_\_\_\_  
de Trânsito: Sim  Não  Tipo: \_\_\_\_\_  
Sim  Não  Local do Impacto: \_\_\_\_\_  
nento: Sim  Não  \_\_\_\_\_  
Ferimento: Sim  Não  Tipo: \_\_\_\_\_  
lura: Sim  Não  Por: \_\_\_\_\_  
se de imobilização adequada: Sim  Não  Por que: \_\_\_\_\_

COMPARECIMENTO DE PERTINÊNCIA S/A  
06 DEZ 2019

PROTÓCOLO  
Acidente de Trabalho: Sim  Não   
Motorista  Passageiro   
Sofreu Queda: Sim  Não  Altura: m  
Transporte realizado por: \_\_\_\_\_  
Por que: \_\_\_\_\_

Isico: Via aérea está pervia: Sim  Não  O paciente fala: \_\_\_\_\_  
Iratório FC: X SPO2 \_\_\_\_\_  
Iratório PA: X mm Hg Pulso: \_\_\_\_\_

COMPARECIMENTO DE PERTINÊNCIA S/A  
18 NOV 2019

PROTÓCOLO  
Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocônicas  Anisocônicas   
Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora: \_\_\_\_\_  
Abertura Ocular Escala: Hora: \_\_\_\_\_  
Som: Escala: Hora: \_\_\_\_\_

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Indumento Médico:

ta: 17:25

ra: 29/08/2019 Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

*Foram relatados que o paciente teve*

mes Solicitados:

*Pronto x de Pulmão E*

Cód. Procedimento:

*Dr. Edson Henrique da Costa  
CRM: 32207*

Resultados dos Exames:

Exame/Procedimentos:

*Chagres no abdômen.*

Assinatura Médico + Cambo

*Inhalamento  
Tela Talla Cerrada com Drenagem pulmonar*

Causa Principal:

*Ux estrewna paroxística ou paroxística de uma exacerbação*

Diagnóstico Definitivo:

Condição da Alta:

Diagnóstico do Caso:

Curado  Melhorado

Internamento

Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a pedido  Evadiu-se

Inalterado  Piorado

Transferido para:

Óbito

Atendido na Clínica:

Introdução para Alta / Internamento / Transferência:

Data: 1 / 1

Hora:

CRM:

#### Assunção de Responsabilidade para Internamento

O paciente aceita integralmente e autoriza a realização de tratamentos hospitalares e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Assunção de Responsabilidade para Internamento

Assunção de Responsabilidade para Internamento

Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde  
Diretoria Geral de Promocão, Monitoramento e Avaliação da Saúde Pública

### REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO DA VITIMA	Município de Notificação: <b>Pasqueira - PE</b>			
	Unidade de Referência: <b>HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA</b>		CNES: <b>2635578</b>   Vítima Nº: _____	
	Data do atendimento: <b>29/08/2019 às 2000-01-01 17:25:00 -0200</b>   Número de Registro/Promissário: <b>000063327</b>			
	Nome: <b>SAMUEL ARAUJO SANTOS</b>			
	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 3 Ignorado		Data de nascimento: <b>26/09/1989</b> <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Idade: <b>29</b> <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Ocupação: <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Município de residência: <b>Alagoinha - PE</b>   Código IBGE: <b>260060</b>			
	Raça/cor: <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input checked="" type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 9 Ignorada			
	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência: <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Endereço do acidente			
	Data do acidente			
	Dia da semana do acidente	Tipo de vítima	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente	
	<input type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG. <input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA <input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX <input type="checkbox"/> 7 SAB	<input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Passageiro <input type="checkbox"/> 3 Passageiro comunitário rotineiramente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro condutor habitualmente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input type="checkbox"/> 3 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Ciclismo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Passeio <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Outro _____	
	Acidente relacionado ao trabalho?	Tipo de acidente	Outra parte envolvida no acidente	
	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 Colisão entre veículos <input type="checkbox"/> 8 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombo/batimento/acidentamento <input type="checkbox"/> 6 Outro _____	<input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Ciclismo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Veículo passado <input type="checkbox"/> 8 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Outro _____	
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade	Uso de cinto de segurança pela vítima	Avanço de sinal	Uso de capacete pela vítima
	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 99 Não se aplica	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 99 Não se aplica
	Uso de celular pelo condutor	Uso de bebida alcoólica pelo condutor	Sono do condutor	Condutor sem habilitação
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 99 Não se aplica	
Outro fator relacionado ao acidente				
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade de Referência		Transferência da Vítima		
<input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Veículo particular <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Ciclismo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? _____ <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento: _____			
Observações: _____				



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	28/8/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	29/8/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Eduardo Araújo Santo		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura Radial direito (E)		

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Treatmente cirúrgico Radial direito  
Alta: 4/9/1964

ALTA MÉDICA  I SEM  II NÃO

EXISTE ALGUM DESEJO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?  I SIM  II NÃO  
Caso positivo descrever:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSIVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA, ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HA POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Início de fratura no dia 27/8/19
- 2º Bloco ósseo de movimento de rotina
- 3º Interno: 1º Tornozelo - Perdeu a
- 4º Mobilidade com estabilização muscular
- 5º Fratura grave

PERÍODO DE VALIDADE DA VÍTIMA NO PERÍODO DE 6 MESES A PARTIR DA DATA DA CONSULTA E VERDADEIRA.

Avaliado em 5/2/20

Assinatura e Carimbo



PROTOCOLO  
18 NOV 2019  
COMPREV  
RECIBIDA EN DOCUMENTACIONIA SHAE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583320900000067636391>  
Número do documento: 20100215583320900000067636391

Num. 68968460 - Pág. 27

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436776/19

**Vítima:** SAMUEL ARAUJO SANTOS

**CPF:** 057.844.204-37

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 28/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SAMUEL ARAUJO SANTOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**SAMUEL ARAUJO SANTOS : 057.844.204-37**

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](http://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: 06/12/2019  
Nome: SAMUEL ARAUJO SANTOS  
CPF: 057.844.204-37

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

SAMUEL ARAUJO SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403223/19

**Vítima:** SAMUEL ARAUJO SANTOS

**CPF:** 057.844.204-37

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 28/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SAMUEL ARAUJO SANTOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**SAMUEL ARAUJO SANTOS : 057.844.204-37**

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](http://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: 18/11/2019  
Nome: SAMUEL ARAUJO SANTOS  
CPF: 057.844.204-37

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

SAMUEL ARAUJO SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190681729      **Cidade:** Alagoinha      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SAMUEL ARAUJO SANTOS      **Data do acidente:** 28/08/2019      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** APRESENTA LEVE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DOR LOCAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO POR 45 DIAS  
FEZ FISIOTERAPIA  
SEM COMPLICAÇÕES  
DATA DA ALTA: 05/12/2019

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM PUNHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

### 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 punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

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

Número do Sinistro: 3190681729  
Nome do(a) Examinado(a): Samuel Araujo Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): 2 Tv Joao Francisco Galindo, 119 Casa Centro Alagoinha PE CEP: 55260-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 7136998  
Data local do acidente: [ 28/08/2019 ]  
Data local do exame: [ 23/12/2019 ] Garanhuns [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.**

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

**Tratamento: CONSERVADOR COM GESSO POR 45 DIAS**  
**Complicações: NENHUMA**  
**Data da Alta: 05/12/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**APRESENTE LEVE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DOR LOCAL.**

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

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

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

**RIGIDEZ DE PUNHO ESQUERDO**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo 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 (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

realizou 40 sessões de fisioterapia.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Cleudo Miranda Filho  
CPF - 049.408.564-96  
CRM/PE - 19091

Dr. Cleudo Miranda  
Médico  
CRM-PE 19091





Número: **0036215-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SAMUEL ARAUJO SANTOS (AUTOR)</b>	<b>EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	
<b>PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68968 461	02/10/2020 15:58	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>	Outros (Documento)

# 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: 04/02/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: SAMUEL ARAUJO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00775

CONTA: 000000015613-9

---

Nr. da Autenticação F8A1FA4C6BC57063



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583334800000067636392>  
Número do documento: 20100215583334800000067636392

Num. 68968461 - Pág. 1

---

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6043074

A/C: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Sinistro: 3150012035  
Vitima: SAMUEL ARAUJO SANTOS  
Data Acidente: 20/07/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/12/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



---

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6159156

A/C: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Sinistro: 3150012035  
Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS  
Data Acidente: 20/07/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





2001000028/2015/001



Rua da Alfandega, 90 - Sala 702  
20070-004 - Rio de Janeiro - RJ

Telefones: + 55 21 2240.4315  
+ 55 21 2215.6330

regdata@regdata.com.br

31501012035.

Rio de Janeiro, 22 de dezembro de 2014

Carta/DPVAT 12757/2014

Seguradora Líder - DPVAT

At: Resp Invalidez Resposta - Sonia Faro

Rio de Janeiro/RJ

*Líder*  
*ANT.*

**Ref. sinistro DPVAT - resposta a solicitação por carta - INVALIDEZ**

Vítima

Samuel Araujo Santos

Processo

/ 2014/750061

Retornamos para análise e providências, do convênio DPVAT, conforme ofício VP 099/2002, datado de 25/07/2002, o processo completo, em original, já analisado, da vítima acima epigrafada, para atender solicitação abaixo relacionada, feita através de carta.

Não foi possível o cadastramento de sinistro completo, uma vez que, o sistema não permitiu o registro informando que "Já existe sinistro em regulação, encaminhar reclamante a seguradora de origem." Encaminhar reclamante a Seg. de Origem, conforme discriminado abaixo.

22-DEZ-2014 15:41:461508171

ASP nº: 750061/2014

Seguradora: SABEMI

Dependência: 101

Natureza: INVALIDEZ

DT. Reclamação: 03/10/2014

DT. Último Documento: 22/12/2014

SABEMI Líder DPVAT-15 R2009

Certo de sua atenção e providências, desde já agradecemos.

*dejelo*

Regdata Reguladora de Seguros Ltda.

OUTROS



\*1004054\*

REGDATA - Reguladora de Seguros Ltda.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583334800000067636392>  
Número do documento: 20100215583334800000067636392

Num. 68968461 - Pág. 4





Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Tel: 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
R. Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



- 1 / 1 -  
Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 07/01/2015  
DPVAT/SIN - 00339/2015

Para: Sabemi Seguradora S.A.

A/C:Regdata / Sr. Sergio Freitas

REF: Prosseguimento de Regulação - Workflow

Devolvemos o(s) processo(s) abaixo relacionado(s), para devidas providências quanto ao prosseguimento da(s) regulação(ões) através do SIS-DPVAT-Sinistros, obedecendo todo o fluxo sistemico.

Alertamos que todos os documentos dos processos (novos ou complementares) a serem encaminhados a Recall, deverão seguir com os seus respectivos capeantes anexados.

Informamos que o(s) sinistro(s) abaixo foi(ram) recadastrado(s), atribuindo nova numeração, conforme segue.

Sinistro(s)	Cad. Anterior	Vítima(s)
3150/012035	2014/750061	Samuel Araujo Santos
3150/015797	2014/789943	Joao Eudes dos Santos Duarte
3150/014670	2014/789309	Lucas Galvao de Sousa

Atenciosamente

Cristina Grasso  
Gerente de Sinistro

P- 200/000028/2015-001, 200/000127/2015-001 e 200/000118/2015-001.

KS

Anexo: conf. texto

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



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, SAMUEL ARAÚJO SANTOS

PÔRTO/ADDO DO RG Nº 7136998 EXPEDIDO POR SDS EM 19/10/14 E  
CPF 059.489.000-04-38 / CNPJ 00000000000000000000. PROFISSÃO AUTOMOTOR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SAMUEL ARAÚJO SANTOS, AUTORIZO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASSEGUNDO 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 sobre a profissão e da fáca 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 beneficiário;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL (até 10% do 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 das dívidas bancárias);

SABEMI SEGURADORA S/A  
31 OUT 2014  
RIO DE JANEIRO

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consultar 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 \_\_\_\_\_ AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADÉS  
BANCO 237 - AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 - AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 - AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 - AGENCIA 0775 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA 15613-9

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

LOCAL ALA GOIÂNIA DATA 03/10/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Samuel Araújo Santos

! ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do incidente), 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 médica-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.





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583334800000067636392>  
Número do documento: 20100215583334800000067636392

Num. 68968461 - Pág. 8



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 113ª CIRCUNSCRICAO - ALAGOINHA -  
DP113°CIRC DINTERI/15°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 14E0203000269

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/09/2014 às 14:56

Completa o BO Número: 14E0203000265

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culpe(s) (Consumado) que aconteceu no dia 20/7/2014 às 15:30**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALAGOINHA, 1, SÍTIO BARRIGUDA - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (AUTOR \ AGENTE)

GLEBSON ALAN VERAS DA SILVA (OUTRO)

SAMUEL ARAUJO SANTOS (VITIMA)

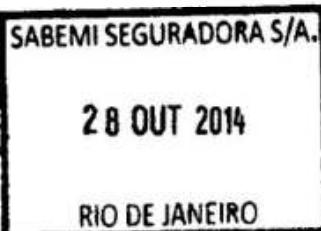


Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SAMUEL ARAUJO SANTOS

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

SAMUEL ARAUJO SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: MARIA DAS GRACAS DE BRITO ARAUJO SANTOS Pai: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 26/9/1989 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 7136998/SDS/PE (RG), 05784420437 (CPF), 05874521327 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: REPOSITOR Telefones Celulares:





-91367065

Endereço Residencial: RUA PROFESSORA EDINILDA M. DE LIMA MELO, 77 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

GLEBSON ALAN VERAS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 05618705435 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PREJUDICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SAMUEL ARAUJO SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): SAMUEL ARAUJO SANTOS  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/UNO Objeto apreendido: Não  
Cor: BRANCA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)  
Placa: KLC8293 (PERNAMBUCO/ALAGOINHA) Renavam: 819122041 Chassi: 9BD15822544538777  
Ano Fabricação/Modelo: 2003/2004 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA ESTRADA DO SÍTIO BARRIGUDA, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DO VEÍCULO ESTOUROU E VEIO A PERDER O CONTROLE DA DIREÇÃO, QUE AO SUBIR UM BARRANCO CAPOTOU, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL LOCAL E TRANSFERIDO PARA UM HOSPITAL NA CIDADE DE GARANHUNS, QUE FICOU EM ESTADO DE OBSERVAÇÃO POR TER DESLOCADO O OMBRO E O JOELHO, QUE O VEÍCULO ENCONTRA-SE EM NOME DE GLEBSON ALAN VERAS DA SILVA.

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

SAMUEL ARAUJO SANTOS  
(VITIMA)

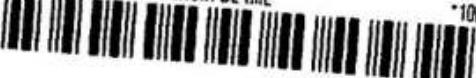
B.O. registrado por: JANAINA MELO DE OLIVEIRA - Matrícula: 236598-7

SABEMI SEGURADORA S/A.  
28 OUT 2014  
RIO DE JANEIRO





CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML

Eu, SAMUEL ARAUJO SANTOS, portador da carteira de identidade nº 7136998 e inscrito no CPF/MF sob o nº 557.844.204-37, residente e domiciliado na R. JOAQUIM CEZARIO GALINDO, Bairro CENTRO, Cidade ALAGOINHA, 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 DPTA; 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 realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Samuel Araujo Santos

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

ALAGOINHA

Local e data

**SABEMI SEGURADORA S/A.**  
**03 OUT 2014**  
**03 DE JANEIRO**

Este documento não descarta a apresentação da declaração firmado pelo médico assistente que comprove a existência e a natureza permanente atestando, inclusive, a alta definitiva. Entendendo-se por alta definitiva, o documento emitido pelo médico, constatando todos os tratamentos e/ou recursos terapêuticos que foram aplicados e esgotados para a recuperação da(s) lesão(ões) e/ou dano(s) sofrido pela vítima.





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VENTURA  
Unidade Mista Justa Maria Bezerra

VENTURASA

## Prontuário de Emergência

Data: 20-07-14

Nome: Samuel Araújo Santos

Idade: 24 anos

Endereço: Alagoainha

Filiação: Raymundo Jaze dos Santos

Maria das Graças de Britto Araújo Santos

SINAIS VITIAIS:

PESO:

ALTURA:

TEMPERATURA:

PA: 120 x 80

FC:

HGT:

CLASSIFICAÇÃO:

Acidente automobilístico

Agressão

Acidente de Trabalho

Outros

Ambulatório

Urgência

QUEIXA PRINCIPAL:

Acidente automobilístico, catoramento, referência dor em braço E há 02 horas, Nego muito e ou tontura

ALERGIA: EGB, espaco, corado, conserteira

OBSERVAÇÃO: AR e PCV - se alt.

Glasgow 15 pupila 5mm

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura?

CONDUTA:

① Vodfare - Diaz p. Jr. 27/45

ADM SEGURADORA/A  
03 OUT 2014  
RIO DE JANEIRO

MELO CORDEIRO  
CRM 20692

EXAMES COMPLEMENTARES:

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO





**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu SAMUEL ARAUJO SANTOS

RG nº 1369 98, data de expedição 19/09/14, Órgão SDS

CPF nº 057.844.204-37 venho perante a este instrumento declarar que não posso 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/Praca)	<u>R. JOAQUIM CEZAR AND GALINDO</u>
Número	<u>77</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ALAGOAIS</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55260-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8426 - 0660</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ALAGOAIS, 03/10/14

Assinatura do Declarante: Samuel Araújo Santos

*Assinatura*  
03 OUT 2014  
RIO DE JANEIRO





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VEN  
Unidade Mista Justa Maria

VENTURASA

## Prontuário de Emergência

Data:	20-07-14	Idade:	24
Nome:	Sonried Araújo Santo		
Endereço:	Alagoainha		
Filiação:	Raimundo Ferreira dos Santos		
SINAIS VITAIS:	Maria das Graças de Brito Araújo Santos		
PESO:	PA: 120 x 80	ALTURA:	TEMPERATURA:
		FC:	HGT:
CLASSIFICAÇÃO:			
Acidente automobilístico	<input type="checkbox"/>	Agressão	<input type="checkbox"/>
Ambulatório	<input type="checkbox"/>	Urgência	<input type="checkbox"/>
QUSIXA PRINCIPAL:	Acidente automobilístico, capotamento refere dor em braço (E) há 02 horas. Nego vômito e ouïe tontura		
ALERGIA:	GGB, enx-areo, corado, consci		
OBSERVAÇÃO:	Arre PCV se alt. Glasgow 15 papéis, vacas		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	Fratura?		
CONDUTA:	① Welfare - Oléo p. In. 17/43		
EXAMES COMPLEMENTARES:			
DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR		*1004	

03 OUT 2014  
RIO DE JANEIRO  
MUNICÍPIO  
CORDEIROS





## FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

Casa de Saúde Maria Lucinda  
Hospital Infantil Manoel da Silva Almeida  
Av. Parnamirim, 95 - Parnamirim - Recife - PE

### Fisioterapia

Nome do Paciente: Silvana L. S.  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: laringite aguda  
Tratamento: exercícios laringeais  
Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*[Signature]* CARPETOGRÁFICA E CARMBO DO MÉDICO

CÓD. 445 - 45 ILS. 105X1 - JUN. 2011 - MILÉNIO GRÁFICA E EDITORAL LTDA

## FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

Av. Parnamirim, 95 - Parnamirim - Recife - PE  
C.N.P.J.: 09.767.633/0001-02 - Fone: (81) 3267.4200

Casa de Saúde Maria Lucinda

Hospital Infantil

Ambulatório

Atestado Médico

Atestado para os devidos fins que,

Cart. P. 38104119 Série \_\_\_\_\_ Compareceu ao  
nosso serviço no dia 03/04/19 das \_\_\_\_\_ horas, às \_\_\_\_\_  
horas. Necessita ser afastado de suas Atividades Funcionais por  
15 dias 03/04/19 dias.  
Recife, 03/04/19 *[Signature]*

Dr. Silvio Macêdo  
Ortopedia  
CRM 9756

*[Signature]*  
SABEM SEGURO CRAS/A  
03 OUT 2011  
RIO DE JANEIRO

CARIMBO - CREMPE

*[Signature]*

CÓD. 435 - AGR Gráfica e Editora Ltda. (81)3449.1872



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583334800000067636392>  
Número do documento: 20100215583334800000067636392

Num. 68968461 - Pág. 16



Ft. Larissa Laís Silva

CREFITO: 8593 LTF



O Sr. Samuel Ciriaco Santos, 25 anos, portador do CPF: 059.844.204-37, residente em Alagoainha - PE, vítima de acidente de trânsito em 20/07/2014, socorrido para a Unidade de Saúde mais próxima (Nº de protocolo: 20072014).

Na avaliação fisioterapêutica realizada em 30 de outubro de 2014, paciente queixa-se de dores, na imediação que observou diminuição do quadríceps direito, edema na articulação do joelho direito, crepitantes durante a movimentação, marcas de incisões cirúrgicas nessa região. Na goniometria do joelho direito, 90° de flexão (valor normal = 140°) e 20° de extensão (valor normal = 0°). Na prova de força muscular, grau 3 para os movimentos do joelho (valor de referência = grau 5).

A avaliação da funcionalidade foi feita com a Medida de Independência Funcional (MIF). Onde o paciente não consegue realizar translações de ajoelhado para semi-ajolelhado, semi-ajolelhado para de pé, de pé para semi-ajolelhado, apresenta marcha compensatória, diminuição à sensibilidade tática na região lateral do joelho direito, dificuldade para subir escadas e realizar a descarga de peso sobre a perna direita, por estas circunstâncias o mesmo encontra-se ondulado de suas funções no trabalho.

30, de outubro, de 2014

Dr. Larissa Laís Silva  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 8593 LTF

SABEMI SEGURADORA S/A.  
03 DEZ. 2014  
RIO DE JANEIRO





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CONSELHO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: SAMUEL ARAÚJO SANTOS

DOC. IDENTIDADE/CART. MIGRAÇÃO  
7156986 SDB 28

CPF: 037.844.304-37 DATA NASCIMENTO: 26/09/1989

PLACAR:  
RAIMUNDO JOSÉ DOS  
SANTOS;  
MARIA DAS GRACAS DE  
SILVEIRA ARAÚJO SANTOS

PERMÍTENCIAS: HAB. CENA. AB.

Nº REGISTRO: 03874521327 VALOR: 19/02/2018 PRAZO: 09/09/2033

PERMITIDO PLASTIFICAR  
966680230

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 19/09/2016

DETAN - PE (PERNAMBUCO)

*Samuel Araújo Santos*

*Luzilene*

84355684434  
PRO61901273

SABEMI SEGURADCR S/A  
03 OUT 2014  
RIO DE JANEIRO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583334800000067636392>  
Número do documento: 20100215583334800000067636392

Num. 68968461 - Pág. 18



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 011120241361  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	BRINIC	EXERCÍCIO
1.	819122041	*****	2014
NOME			
GLEBSON ALAN VERAES DA SILVA			
ALAGOINHA-PE			
CPF/CNPJ	PLACA		
056.187.054-35	KLC8292		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
8888888888888888	9ED1582254453877REM		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
S-05 AUTOMÓVEL	GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD.	
FIAT UNO MILLE FIRE	2003	2004	
CAP/POT/GRA	CATEGORIA		
-3.2/55CV/1000GL	PARTIC	BRANCA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VEH./COTAC	
T	12	*****	
P	PREV. 2014 OUTUBRO	*****	
V	FAT-A/PVAT	PARCELAMENTO/COTAS	
A	31	*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADO PAGO	OBSELAÇÕES		
SEM RESERVA MOTOR: 5026300			
ALAGOINHA-PE		DATA	
27/06/14			
Caio Mário Melo Costa Oliveira Diretor Presidente DETRAN-PE			

DUT \*100403

SECURÓ OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE UMA TERRESTRE OU POR SUMARCA, APRESOS E TRANSPORTADOS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE N° 011120241361 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GLEBSON ALAN VERAES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatseguroodtransito.com.br](http://www.dpvatseguroodtransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2014	27/06/14	
VIA	CPF / CIPJ	PLACA
1.	056.187.054-35	KLC8292
RENAVAM	MARCA / NOMELO	
819122041	FIAT UNO MILLE FIRE	
ANO FAB	CHASSI	
2003	9ED1582254453877REM	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FAT (R\$)	CEN/BAH (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEU/NOVO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE OUTUBRO
COTA ÚNICA	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.909/0001-09  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

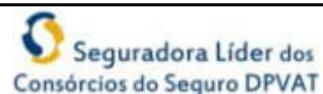
DESTAQUE: GUARDE O BILHETE DPVAT  
É O MÉTOD DE PROTEÇÃO CONTRA OPORTUNISTAS

JAN-2014

SABEM SEGURO S/A  
03 OUT 2014  
RIO DE JANEIRO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3150012035 Cidade: Alagoinha Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS Data do acidente: 20/07/2014 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MS ESQUERDO E MI DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

### DANOS

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

### PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150012035      **Cidade:** Alagoinha      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SAMUEL ARAUJO SANTOS      **Data do acidente:** 20/07/2014      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Contusão do joelho direito com lesão ligamentar e meniscal.

**Descrição do exame** Vítima queixa-se de dor no joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/+4) e redução importante da flexo-médico pericial: extensão do joelho direito

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento cirúrgico.

**Sequelas permanentes:** Dano funcional do joelho direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/01/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira Campo

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

### 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>		<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>	

### PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

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

Nome do(a) Examinado(a): **SAMUEL ARAUJO SANTOS** Sinistro: **3150012035** Data: **20/07/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **R JOAQUIM CEZARINO GALINDO, 77, casa - CENTRO - Alagoinha - PE - CEP 55260-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **sds /PE** ] **7136998**

Data local do exame: [ **30/01/2015** ] **Caruaru** [ **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)  
**Contusão do joelho direito com lesão ligamentar e meniscal. Vítima queixa-se de dor no joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/+4) e redução importante da flexo-extensão do joelho direito.**

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? [ **X** ] Sim [    ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

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? [ **X** ] Sim [    ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Quadro submetido a tratamento cirúrgico.**

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

**Dano funcional do joelho direito.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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 (\*).

(    ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias

(    ) "Sem sequela permanente" (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):  
**Joelho direito**

Região Corporal (Sequela):

% de dano: (    ) 10% residual (    ) 25% leve  
(    ) 50% médio ( **X** ) 75% intensa (    ) 100% completo

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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 valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215583334800000067636392>  
Número do documento: 20100215583334800000067636392

Num. 68968461 - Pág. 22